



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

## *„Aufgeklärt oder ahnungslos?“*

Über die Sexualerziehung Jugendlicher in Südtirol, eine Evaluierung des Sexualkundeunterrichts an der 9. und 12. Schulstufe einiger Schulen in Brixen, Bruneck und La Ila/Stern (Gadertal)

angestrebter akademischer Grad

Magister/Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. Nat)

Verfasser/Verfasserin:	Pedevilla Lucia
Matrikel-Nummer:	0408063
Studienrichtung	UF Biologie und Umweltkunde
(lt. Studienblatt):	UF Psychologie/Philosophie
Betreuer/Betreuerin	Ao. Univ.-Prof. MMag. Dr. Sylvia Kirchengast

Wien, am 24.01.2011



## ***INHALTSVERZEICHNIS***

Inhaltsverzeichnis .....	2
Eidesstattliche Erklärung .....	8
Widmung - Danksagung .....	10
1. Prolog .....	12
2. Einleitung .....	14
2.1 Sexualität – die Gegebenheit der Zweigeschlechtlichkeit .....	14
2.1.1 Was ist Sexualität? .....	14
2.1.2 Der Zweck der Sexualität.....	15
2.1.3 Sexualverhalten .....	16
2.1.4 Sexuelle Minderheiten .....	16
2.2 Was ist Geschlecht? .....	18
2.2.1 Evolutionäre Grundlagen der Geschlechtsdifferenzierung .....	18
2.2.2 Die Entwicklung der Geschlechtsunterschiede .....	19
2.2.3 Die Entwicklung der primären Geschlechtsmerkmale .....	20
2.3 Was ist Fortpflanzung? .....	22
2.3.1 Der Mensch und die Fortpflanzung .....	22
2.4 Geschlechteranatomie der Menschen .....	23
2.4.1 Die männlichen Geschlechtsorgane.....	23
2.4.2 Die weiblichen Geschlechtsorgane .....	25
2.4.3 Die männlichen und weiblichen Keimzellen .....	29
2.4.4 Die männlichen und weiblichen Sexualhormone .....	31
2.5 Psychosexuelle Entwicklungsphasen .....	32
2.6 Jugendsexualität .....	35
2.6.1 Pubertät – die ‚zweite Geburt‘.....	35
2.6.2 Körperliche Veränderungen (Geschlechtsreife) bei Mädchen.....	36
2.6.2.1 Die Fruchtbarkeit der Frau – von der Menarche bis zur Menopause .....	36
2.6.2.2 Die Menstruation (Periode, Regelblutung) .....	37
2.6.2.3 Der weibliche Menstruationszyklus .....	38
2.6.3 Körperliche Veränderungen (Geschlechtsreife) bei Jungen.....	41
2.6.3.1 Die Fruchtbarkeit des Mannes.....	42
2.6.4 Seelische, psychische und soziale Veränderungen in der Pubertät .....	42
2.6.5 Was Mädchen und Jungen wissen wollen .....	43

2.7	Liebe und Sex .....	45
2.7.1	Das Erwachen der Sexualität .....	45
2.7.2	Küssen, Fummeln, Petting – das erste Herumexperimentieren .....	45
2.7.3	Die Kohabitarche – das ‚erste Mal‘ .....	46
2.7.4	Zahlen und Fakten zum ersten Mal .....	47
2.7.5	Liebeskummer und Sehnsucht .....	48
2.7.6	„Warum macht man überhaupt Sex?“- Der Sinn der Sexualität .....	48
2.7.7	Der Höhepunkt der Lust – der Orgasmus und seine Phasen .....	50
2.8	Kontrazeptiva - Verhütungsmethoden .....	52
2.8.1	Geschichte der Kontrazeptiva .....	52
2.8.2	Was bedeutet Kontrazeption? .....	53
2.8.3	Sicherheit von Kontrazeptiva .....	53
2.8.4	Der Pearl-Index .....	53
2.8.5	Methoden der Kontrazeption .....	54
2.8.5.1	Mechanische Kontrazeptiva (Funktion, Anwendung, Sicherheit) .....	54
2.8.5.2	Hormonelle Kontrazeptiva (Funktion, Anwendung, Sicherheit) .....	56
2.8.5.3	Natürliche Kontrazeptiva (Funktion, Anwendung, Sicherheit) .....	58
2.8.5.4	Die Spirale .....	61
2.8.5.5	Die Sterilisation .....	61
2.8.6	Kontrazeptiva: Wirkprinzip und Sicherheit auf einem Blick .....	62
2.8.7	Geeignete Verhütungsmethoden für junge Frauen .....	64
2.8.8	Verhütung, die keine Verhütung ist – die Pille danach .....	65
2.9	Sexuell übertragbare Krankheiten .....	67
2.9.1	Die häufigsten und bekanntesten Krankheiten und ihre Symptomen .....	67
2.9.2	Ansteckung, Verlauf und Risiken .....	69
2.9.3	Möglichkeiten der Prävention .....	70
2.9.4	HIV und AIDS .....	70
2.10	Schwangerschaft und Geburt .....	72
2.10.1	Der ‚Sexualakt‘ - die körperliche Vereinigung von Mann und Frau .....	72
2.10.2	Die Verschmelzung der Keimzellen .....	72
2.10.3	Ein Mädchen oder ein Junge? .....	73
2.10.4	Von der Segmentation bis zur Implantation .....	74
2.10.5	Die Embryonalentwicklung .....	75
2.10.6	Veränderungen in der Schwangerschaft .....	76
2.10.7	Die Phasen der natürlichen Geburt .....	77
2.11	Abtreibung .....	79

2.11.1	Ablauf und Methoden einer Abtreibung .....	79
2.11.2	Risiken der Abtreibung.....	80
2.11.3	Abtreibung und das Gesetz .....	81
2.11.4	Beratung.....	83
2.11.5	Abtreibung in Zahlen.....	83
2.12	Sexuelle Gewalt und Pornografie .....	85
2.12.1	Vergewaltigung .....	85
2.12.2	Sexuelle Verstümmelung.....	85
2.12.3	Sexueller Missbrauch Minderjähriger .....	86
2.12.4	Pornografie.....	87
2.13	Sexualerziehung in der Schule.....	88
2.13.1	Was bedeutet Erziehung bzw. Sexualerziehung? .....	88
2.13.2	Sexuelle Aufklärung .....	89
2.13.3	Der Sexualkundeunterricht – welche Fächer sind dafür zuständig? .....	90
2.13.4	Gesetzliche Grundlagen der Sexualerziehung in den Schulen in Südtirol .....	91
2.13.5	Gesetzliche Grundlagen der Sexualerziehung in den Schulen in Österreich .....	94
2.13.6	Aspekte der Sexualerziehung.....	98
2.13.7	Über Sexualität reden .....	99
2.13.8	Sexualerziehung – Aufgabe der Eltern?.....	100
2.13.9	Sexualerziehung – Aufgabe der Schule? .....	101
2.13.10	Geschlechtsspezifische oder koedukative Sexualerziehung? .....	102
2.13.11	Wünsche zur Sexualerziehung in der Schule .....	104
2.13.12	Wünsche bezüglich dem Geschlecht der Lehrperson .....	104
2.13.13	Wünsche in Bezug auf den Gebrauch von Medien.....	105
2.13.14	Medienerziehung als wichtiger Teil der Aufklärung .....	105
3.	Forschungsfragen und Hypothesen .....	109
4.	Material und Methoden .....	111
4.1	Die Auswahl der Schulen.....	111
4.2	Die Auswahl der Probanden und Probandinnen.....	112
4.3	Der Fragebogen.....	113
4.4	Durchführung der Befragung.....	114
4.5	Statistische Analyse und Auswertung .....	115
5.	Ergebnisse .....	116
5.1	Angaben zur Person .....	116
5.2	Herkunft der Informationsquellen .....	121

5.3	Einschätzung des eigenen Wissens.....	124
5.4	Der Sexualkundeunterricht im Schuljahr 2009/10 .....	125
5.4.1	Anzahl der Unterrichtsstunden für Sexualkundeunterricht .....	125
5.4.2	Wann im Schuljahr wurde der Sexualkundeunterricht durchgeführt? .....	127
5.5	Genauigkeit der im Unterricht besprochenen Themen .....	129
5.5.1	Thema Pubertät .....	129
5.5.2	Thema Sexualorgane.....	131
5.5.3	Thema Verhütungsmethoden .....	133
5.5.4	Thema Geschlechtskrankheiten .....	135
5.5.5	Thema Schwangerschaft und Geburt.....	137
5.5.6	Thema Partnerschaft und Sexualpartner/in .....	139
5.6	Empfinden der SchülerInnen beim Sexualkundeunterricht .....	141
5.7	Verhütungsmittel .....	143
5.7.1	Einstellung zur Verhütung.....	143
5.7.2	Bekannte Verhütungsmittel.....	144
5.7.3	Im Unterricht besprochene Verhütungsmittel .....	149
5.7.4	Sicherheit der Verhütungsmittel .....	153
5.7.5	Verhütungsmittel, die vor Geschlechtskrankheiten schützen .....	164
5.7.6	Information über die Verhütungsmethoden.....	166
5.7.7	Wichtigkeit des Schutzes vor einer Schwangerschaft .....	169
5.8	Geschlechtsverkehr .....	170
5.8.1	Das erste Mal.....	170
5.8.2	Verhütung beim ersten Mal.....	171
5.8.3	Alter der Befragten beim ersten Mal.....	172
5.8.4	Momentane Verhütung .....	174
5.9	Aufklärung: wann und von wem soll aufgeklärt werden? .....	175
5.10	Wissenswertes über die Frau .....	178
5.10.1	Dauer des Menstruationszykluses.....	178
5.10.2	Wann im Zyklus kann eine Frau schwanger werden? .....	179
5.10.3	Kann eine Frau während ihrer Menstruationsphase schwanger werden? ....	180
5.10.4	Dauer einer Schwangerschaft .....	183
5.10.5	Fruchtbarkeit der Frau .....	184
5.10.6	PMS.....	188
5.11	Wissenswertes über den Mann .....	189
5.11.1	Fruchtbarkeit des Mannes .....	189

5.12 Zuordnung verschiedener Geschlechtsorgane zum männlichen oder weiblichen Geschlecht.....	192
5.13 Themen, über die Schüler und Schülerinnen gerne mehr Information hätten .....	201
5.14 Themen, die im Sexualkundeunterricht näher behandelt werden sollten .....	203
5.15 Form des Informationsangebots.....	206
5.16 Frage an die weiblichen Befragten.....	209
5.16.1 Menstruation.....	209
6. Diskussion .....	211
6.1 Merkmale der Stichprobe.....	211
6.2 Herkunft der Informationsquellen .....	211
6.3 Selbsteinschätzung des eigenen Wissens.....	212
6.4 Auskünfte über den Sexualkundeunterricht .....	212
6.5 Das erste Mal.....	213
6.6 Verhütungsmittel .....	213
6.6.1 Einstellung zu Verhütungsmitteln .....	213
6.6.2 Bekanntheit der Verhütungsmittel .....	213
6.6.3 Sicherheit der Verhütungsmitteln .....	214
6.6.4 Aufklärung .....	214
6.1 Wissen über spezifische Sexualkundefragen .....	215
6.1.1 Wissenswertes über die Frau .....	215
6.1.2 Wissenswertes über den Mann .....	215
6.1.3 Zuordnung verschiedener Organe.....	216
6.2 Information zum Thema Sexualität.....	216
6.2.1 Gewünschte Themen.....	216
6.2.2 Form des Informationsangebots.....	216
6.3 Resümee.....	217
7. Zusammenfassung.....	219
8. Schlussfolgerung .....	221
9. Abstract .....	223
10. Literaturverzeichnis .....	224
11. Anhang .....	230
11.1 Grundsatzerlass „Sexualerziehung in den Schulen“.....	230
11.2 Empfehlungen für eine wünschenswerte Sexualerziehung.....	237
11.3 Fragebogen.....	241





## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre hiermit eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe und außer den im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen keine anderen Hilfsmittel verwendet habe.

Wien,



## Widmung

*Für meine Eltern und meinen Stefano!*

*Durch eure Unterstützung, euren Glauben an mich und eure Motivation wurde einer meiner größten Träume wahr.*

## Danksagung

In erster Linie möchte ich mich bei Frau Ao. Univ.-Prof. MMag. Dr. Sylvia Kirchengast für ihre fachliche, praktische und moralische Unterstützung und ihre Gespräche bedanken.

Weiteres danke ich den Direktoren und Direktorinnen sowie den Lehrern und Lehrerinnen der Schulen in Südtirol, die dieser Diplomarbeit zugrunde liegende Umfrage ermöglicht und unterstützt haben und mir gestattet haben, die Befragung während ihrer Unterrichtszeit durchzuführen. Ein Dankeschön geht auch an alle Schüler und Schülerinnen, die mit viel Freude und Engagement an der Umfrage teilgenommen haben.

Vielen Dank an Michael Keller für seine Hilfe beim Fragebogen, Matthias Kowald für die große Hilfe bei der Statistik, an Elena Zimbaro, Michael Wildmann und Johanna Müller für das Korrekturlesen. Ich möchte mich auch bei allen weiteren Personen bedanken, allen voran Kathi und Lena, die mir während meines Studiums und bei meiner Diplomarbeit in irgendeiner Weise geholfen und mich unterstützt haben.

Besonders bedanken möchte ich mich bei meiner Familie: Meinen Eltern, die mir immer die freie Wahl gelassen haben und in dem, was ich gemacht habe, ausnahmslos unterstützt und begleitet haben. Meiner Schwester Veronica, die trotz kleinerer Streitereien immer zu mir gestanden hat und mir in hilflosen Situationen so gut wie möglich geholfen und mich unterstützt hat.

Mein größtes Dankeschön gilt jedoch meinem Verlobten Stefano, der mich in den letzten Jahren meines Studiums Tag für Tag begleitet, sowohl die guten als auch die schwierigen Zeiten meines Studiums mit mir erlebt und durchgestanden hat. Danke, dass du immer für mich da bist, mich so liebst wie ich bin, mich motivierst, zum Lachen bringst und mich ab und zu in den Wahnsinn treibst. Du machst mein Leben erst lebenswert.



## **1. PROLOG**

Am 18. September 1998 habe ich zum ersten Mal meine Regelblutung bekommen. Meine Mutter hatte mich zwar vorgewarnt und gesagt, dass ich nun bald eine Frau werden würde, trotzdem kam dieses Ereignis für mich vollkommen überraschend. Ich kann mich noch genau an diesen Tag erinnern: es war Freitag, die Schule hatte zwei Tage vorher begonnen und an diesem Tag hatten wir Sport. Am Abend habe ich dann einen bräunlichen Fleck in meiner Unterhose entdeckt und anschließend meine Mutter gefragt, ob dies nun das Zeichen sei, auf das ich gewartet hatte. Meine Mutter gab mir dann einige Binden und erklärte mir, wie ich sie benutzen konnte. Es könnte auch sein, dass ich unter leichten Bauchschmerzen leiden würde, meinte sie. Sie schickte mich dann ins Bett und das war's. Dachte ich zumindest. Am nächsten Abend jedoch, als meine kleinen Geschwister bereits im Bett waren, klärte mich mein Vater genauestens auf. Er erklärte mir, wie der weibliche Zyklus funktioniert, wie lange er dauert, die Veränderungen, die während dieser Zeit in meinem Körper stattfinden und wann die Gefahr einer Schwangerschaft besteht. Ich wäre bei diesem Gespräch am liebsten untergegangen. Ich habe mich total unwohl gefühlt, dass mein Vater, ein Mann, mir diese intimen Sachen erklärte und das noch zu dem Zeitpunkt, als gerade Blut aus meinem Körper floss. Es war sehr peinlich und unangenehm für mich. Im Nachhinein jedoch bin ich sehr froh darüber, dass mein Vater sich mit mir hingesetzt hat und mich aufgeklärt hat, denn die meisten meiner Freundinnen und Freunde sind weder von der Mutter noch vom Vater oder sonst jemanden ausreichend aufgeklärt worden.

Die Pubertät war sehr schlimm für mich. Ich fühlte mich in meinem Körper überhaupt nicht wohl und die Tage der Regel waren die schlimmsten in einem Monat. Als ich dann ins Internat kam und andere Mädchen kennen lernte, lernte ich mich mit den Problemen der Menstruation umzugehen und informierte mich immer mehr über dieses Thema. In dieser Zeit ist das Interesse für den weiblichen und männlichen Körper und alles, was mit Sexualität zu tun hat, geboren. Seitdem sauge ich jede mögliche Information über diese Themen gierig auf und setzte mich damit auseinander.

Im Austausch mit vielen Freunden und Freundinnen habe ich immer wieder gehört, dass ihr Wissen über den weiblichen bzw. männlichen Körper, über den weiblichen Zyklus und allgemein über Sexualität ziemlich gering ist. Ich bin der Meinung, dass viele Eltern mit der Aufklärung der eigenen Kinder überfordert sind. Einerseits wissen sie unter Umständen selber wenig über Sexualität, den eigenen Körper und den Körper des Partners bzw. der Partnerin. Andererseits sind sie in einer von Internet und anderen Medien geprägten Welt womöglich verunsichert oder glauben, dass diese ihre sexuelle Aufklärung sowieso ersetzen. Einige Eltern mögen auch der Meinung sein, dass die Schule die Aufgabe innehat, die Schüler und Schülerinnen über diese Themen zu informieren und zu erziehen. Andere Eltern wiederum verbieten der Schule, auch nur ein Wort über das intime und tabuisierte Thema Sexualerziehung zu verlieren.

Ich bin jedoch der Meinung, dass gerade die Schule eine wichtige Rolle in der Sexualerziehung der Jugendlichen spielt. Hier treten pubertierende Jungen und Mädchen miteinander in Kontakt, kommunizieren und interagieren miteinander und sammeln erste sexuelle Erfahrungen. Ihr Körper verändert sich, die Hormone nehmen die Oberhand und oft versteht der eine oder die andere nicht, was gerade mit ihm bzw. mit ihr passiert. Der Sexualkundeunterricht kann eine große Hilfe und Stütze sein, um etwaige Fragen und Unklarheiten der Heranwachsenden in einer persönlichen und vertrauten Umgebung zu klären. Aus diesen Gründen ist die Sexualerziehung mir persönlich ein besonderes Anliegen.

Im Zuge dieser Diplomarbeit wollte ich herausfinden, wie viel Jugendliche in Südtirol über Sexualität wissen, ob die Schule eine Rolle als Aufklärungsinstanz spielt und wie groß der Bedarf nach Aufklärung bzw. das Interesse an der Sexualerziehung ist. Diese Arbeit soll auch als Anhaltspunkt für Lehrer und Lehrerinnen dienen, die sich mit dem Thema Sexualität auseinandersetzen und es den Schülern und Schülerinnen näher bringen möchten. Auch wenn es nicht möglich ist, das Ergebnis meiner Erhebung auf die allgemeine Qualität der Sexualerziehung in südtiroler Schulen umzulegen, so kann sie als Anhaltspunkt dienen, um den Sexualunterricht eventuell zu verbessern und zu optimieren, was mir persönlich ein großes Anliegen ist – besonders im Hinblick auf meine eigene zukünftige Lehrtätigkeit.

## 2. EINLEITUNG

### 2.1 Sexualität – die Gegebenheit der Zweigeschlechtlichkeit

---

Sexualität – ein Wort, das wir fast täglich hören oder lesen. Ein Wort, das, wie kaum ein anderes Wort, nicht unterschiedlichere Reaktionen auslösen könnte. Sexualität – ein Tabubegriff oder das Fundament (der Beginn) unseres Daseins? Für die heutige Menschheit ist es selbstverständlich, dass es Männer und Frauen gibt, die sich sexuell vereinigen und unter gegebenen Umständen ein neues Individuum hervorbringen können. Was viele jedoch nicht wissen ist, dass es die Sexualität, in der Form, wie wir sie kennen und zu schätzen wissen, nicht immer gegeben hat. Wie viele andere Prozesse und Strukturen, die sich im Laufe der Zeit entwickelt haben, ist auch die Sexualität das Ergebnis eines langen, evolutionären Prozesses.

#### 2.1.1 Was ist Sexualität?

Sexualität bzw. Geschlechtlichkeit wird als der allgemeine *„Eigenschaftskomplex, der zwischen den beiden Gruppen der Organismen unterscheidet, die sich durch Verschmelzung von Geschlechtszellen (Eier und Samen) vermehren“*, definiert. Unter Sexualität im Speziellen auf den Menschen bezogen versteht man hingegen *„die Gesamtheit der Lebensäußerungen, die auf dem Geschlechtstrieb beruhen, d.h. auf dem Bestreben nach Herbeiführung einer geschlechtlichen Beziehung und Befriedigung, oder die damit in Verbindung stehen.“* (Vgl.: Brockhaus, 2006)

Haeberle hingegen hat in seinem Werk „Die Sexualität des Menschen“ die Sexualität folgendermaßen definiert:

*„Die Worte ‚Sexus‘ und ‚Sexualität‘ leiten sich vom lateinischen Wort ‚secare‘ ab, das schneiden, trennen, teilen bedeutet. Diese Begriffe beziehen sich also ursprünglich auf eine Teilung der Menschheit in zwei verschiedene Gruppen – eine männliche und eine weibliche. Jeder Mensch (und die meisten höheren Tiere und einige Pflanzen) gehören zu einer von diesen beiden Gruppen, also zu einem der beiden Geschlechter. Jeder ist entweder männlich oder weiblich.“* (Vgl.: Haeberle 1985, S. 9)

Aus diesen Definitionen entnehmen wir die Tatsache, dass es zwei Geschlechter gibt, die sich in einem sexuellen Akt miteinander vereinen zu dem Zweck, neue kombinierte genetische Information über die Keimzellen (*Gameten*) an ihre Nachkommen weiterzugeben. Die Gameten werden dabei zwar von einem männlichen und einem weiblichen Individuum beigesteuert, welche Gene jedoch dem Nachkommen weitergegeben werden, bleibt dem Zufall überlassen. Diese Zufallskombination der Gene bewirkt immer eine neue, noch nie dagewesene Genmischung, was zur Folge hat, dass kein Individuum dem anderen gleicht. (Vgl.: Müller/Hassel, 1999, 2003, 2006, S. 597)

### **2.1.2 Der Zweck der Sexualität**

Glaubte man früher der alleinige Zweck der Sexualität sei die Fortpflanzung, so hat sich diese Meinung seit Darwin und seine Evolutionstheorie allmählich geändert. Charles Darwin hat mit seiner Veröffentlichung „*On the origin of Species*“ (*Über die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl*) das damalige Weltbild erschüttert. Seine Theorie besagt, dass nicht Gott die Erde und ihre Bewohner erschaffen hat (Schöpfungstheorie), sondern dass die Natur eine Art ‚natürliche Zuchtwahl‘ (*natürliche Selektion*) betreibt. Er hat beobachtet, dass Lebewesen mehr Nachkommen produzieren als unter den jeweils gegebenen Umweltbedingungen überleben können. Der bestehende Kampf um die Ressourcen der Natur führt unweigerlich zu einem Wettbewerb ums Dasein, in dem nur jene Individuen überleben, die sich am besten anpassen und sich fortpflanzen können, deren Nachwuchs überlebt und wiederum selbst Nachkommen erzeugen kann. (Vgl.: Wuketits, 2005, S. 24). Würden sich die Organismen alleine durch Teilung oder *Parthenogenese* (Jungfernzeugung) fortpflanzen, wären diese mit ihrem Elternorganismus ident. Bei einer konstanten Umweltkonstellation wäre diese Methode der Fortpflanzung sicher die effizienteste. Da sich die Umweltbedingungen jedoch ständig verändern und wenn, dann nur vorübergehend konstant sind, würde eine Art, die sich nur gleichgeschlechtlich fortpflanzt, nicht viele Überlebenschancen haben. Hier kommt die Rolle der Sexualität ins Spiel. Durch die zweigeschlechtliche Fortpflanzung entstehen nicht identische Individuen, die die Summe der genetischen Eigenschaften jener Organismen in sich tragen, die sich bereits in der Umwelt



etablieren konnten. Diese Individuen sind besser anpassungsfähig und können sich – dank der Sexualität – mit der wandelnden Umwelt verändern.

### **2.1.3 Sexualverhalten**

Unter Sexualverhalten versteht man jegliche Aktivität (egal ob alleine, zwischen zwei Personen oder in einer Gruppe), die zu sexueller Erregung führt. Die sexuelle Erregung beginnt im Gehirn, wo Hormone ausgeschüttet werden, die eine Stimulierung der Geschlechtsdrüsen bewirken. Diese bilden Testosteron und Östrogen, Hormone, die ergänzt durch andere Faktoren, zur sexuellen Aktivität anregen.

Seit der Einführung der Verhütungsmittel (speziell der Pille) wurde das Sexualverhalten (v.a. das weibliche) in vielen Industrieländern freizügiger. Viele Jugendliche experimentieren schon sehr früh in ihrem Leben mit Sexualität. So haben in Deutschland etwa 35% der Mädchen und Jungen bereits mit 16 Jahren und mehr als die Hälfte der Jugendlichen mit 17 Jahren Koituserfahrung. (Vgl.: Haeberle 2005, S. 90)

Das menschliche Sexualverhalten wird unterteilt in:

- **Sexuelle Selbststimulierung:** darunter versteht man das Erreichen sexueller Stimulierung durch unbewusste, erotische Träume oder durch bewusste Selbstbefriedigung. (Vgl.: Haeberle 2005, S. 97)
- **Heterosexualität:** sexuelle Beziehungen (Vaginal-, Oral-, Anal- und Manualverkehr) zwischen Mann und Frau (gilt überall als Norm).
- **Homosexualität:** sexuelle Beziehungen zwischen Personen gleichen Geschlechts (homosexueller Geschlechtsverkehr).
- **Bisexualität:** sexuelle Beziehungen mit beiden Geschlechtern. (Vgl.: Cheers, 2007, S. 144-145)

### **2.1.4 Sexuelle Minderheiten**

Im Laufe der Zeit haben sich bestimmte Unterschiede im Sexualverhalten herauskristallisiert, die sich von der Mehrheit abgrenzen und sogenannte sexuelle

Minderheiten bilden:

- **Homosexuelle** („Schwule und Lesben“): gleichgeschlechtliches erotisches Verhalten wurde bereits in der Antike toleriert, mit dem Christentum jedoch als Sünde betrachtet und hart bestraft. Seit der sexuellen Revolution der 68-er Jahre ist man wieder bemüht, die Homosexualität nicht als Krankheit oder abnormes Verhalten zu etikettieren, sondern – wie auch die anderen Minderheiten – sie als Teil der Gesellschaft zu akzeptieren. (Vgl.: Haeberle 2005, S. 111-113)
- **Swingers**: Der Ausdruck ‚*swinger*‘ kommt vom Englischen ‚*to swing*‘ und bedeutet sich hin- und herbewegen. Unter Swingers versteht man heterosexuelle Paare, die regelmäßig intimen, sexuellen Kontakt zu anderen Paaren suchen. (Vgl.: Haeberle 2005, S. 113)
- **Sadomasochisten**: Früher hat man unter einem Sadist jemanden bezeichnet, der von dem Drang besessen war, anderen Schmerz zuzufügen. Der Masochist war hingegen jemand, der das Bedürfnis hatte, Schmerz zu erleiden. Heute versteht man unter Sadomasochismus spezifische sexuelle Praktiken, bei denen ein Partner bzw. eine Partnerin der/die Dominante und der andere Partner bzw. die andere Partnerin der/die Unterworfenen ist. (Vgl.: Haeberle 2005, S. 115)
- **Fetischisten**: Als Fetischisten werden Menschen bezeichnet, die ein besonderes erotisches Interesse an Gegenständen (z.B. Kleidungsstücken wie Schuhe) oder Körperteilen (z.B. Brüste oder Füßen) haben und diesen Fetisch brauchen, um sexuell erregt zu werden. (Vgl.: Haeberle 2005, S.117)
- **Transvestiten**: Transvestiten sind Menschen, die regelmäßig aus erotischen Motiven die Kleidung des anderen Geschlechts tragen. (Vgl.: Haeberle 2005, S. 117)
- **Transsexuelle**: Transsexuelle sind Personen, die ihr biologisches Geschlecht ablehnen und sich dem anderen Geschlecht zugehörig fühlen. Bei manchen Transsexuellen ist diese Ablehnung so stark, dass sie sich einer operativen Geschlechtsumwandlung unterziehen und danach im anderen Geschlecht ‚normal‘ weiterleben. (Vgl.: Cheers, 2007, S. 144-145)

## 2.2 Was ist Geschlecht?

---

Das Wort ‚Geschlecht‘ (von ‚Schlag‘) bedeutet nichts anderes als ‚Art‘, d.h. es verweist darauf, dass es zwei Arten, zwei Geschlechter von Menschen gibt, nämlich weibliche und männliche. (Vgl.: Haeberle 2005, S. 9)

Das Geschlecht wird in drei große Grundaspekte unterteilt:

- Das **körperliche Geschlecht (Sexus)**: darunter versteht man die *Weiblichkeit* oder *Männlichkeit* eines Menschen, die auf der Grundlage von fünf körperlichen Kriterien – das chromosomale Geschlecht, das gonadale Geschlecht, das hormonale Geschlecht, die inneren und äußeren Geschlechtsorgane – bestimmt wird.
- Die **Geschlechtsrolle (Genus)**: darunter versteht man die *Femininität* oder *Maskulinität* eines Menschen, die auf der Grundlage spezifischer psychosozialer Eigenschaften bestimmt wird, die bei einem Geschlecht gefördert und beim anderen Geschlecht unterdrückt werden.
- Die **sexuelle Orientierung**: darunter versteht man die *Heterosexualität* oder *Homosexualität* eines Menschen, die auf der Grundlage der Vorliebe für sexuelle Partner bestimmt wird. (Vgl.: Haeberle 2005, S. 8)

### 2.2.1 Evolutionäre Grundlagen der Geschlechtsdifferenzierung

Auch die Geschlechterunterschiede sind ein Produkt evolutionärer Prozesse. Unsere Vorfäter und Vorfütter waren einem unterschiedlichem Selektionsdruck, d.h. unterschiedlichen Anpassungsproblemen ausgesetzt. Beide Geschlechter haben unterschiedliche Fortpflanzungsfunktionen und es bildeten sich unterschiedliche Verhaltensstrategien aus der Konkurrenz um Sexualpartner und aus ihrem elterlichen Investment heraus. Männer können eine große Zahl an Nachkommen zeugen, haben allerdings keine 100%ige Sicherheit bezüglich der Vaterschaft. Frauen hingegen müssen durch die Schwangerschaft und die Nährzeit der Neugeborenen mehr in ihr Nachkommen investieren, können aber nur eine begrenzte Zahl an Nachkommen bekommen. Nur so konnten die drei biologische Imperative – bis ins fortpflanzungsfähige Alter zu überleben, sich fortzupflanzen und den Nachwuchs aufzuziehen, bis dieser das fortpflanzungsfähige Alter erreicht hat – bestmöglich

erfüllt werden. (Vgl.: Oerter/Montada 2002, S. 667)

### **2.2.2 Die Entwicklung der Geschlechtsunterschiede**

Das Geschlecht eines Menschen wird bereits bei der Befruchtung festgelegt, auch wenn es in den ersten Wochen keinen Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Embryos gibt. Ob es sich beim Neugeborenen um einen Jungen oder ein Mädchen handelt, ist nur an den äußeren Geschlechtsorganen erkennbar, denn abgesehen von diesen Organen, sehen sie sich bis in die Kindheit hinein sehr ähnlich. Die typischen Geschlechtsunterschiede zwischen Mann und Frau entwickeln sich erst in der Pubertät, wenn beide Geschlechter ihre geschlechtliche Reife erreicht haben, d.h. wenn sie selber Kinder zeugen können.

Früher wurde nur zwischen dem weiblichen und dem männlichen Geschlecht unterschieden. Neuere wissenschaftliche Forschungen haben ergeben, dass die Geschlechtlichkeit eine komplizierte Angelegenheit ist. Wenn man eine Person dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zuordnen soll, sollten folgende Faktoren berücksichtigt werden:

- das **chromosomale Geschlecht**: bezieht sich auf die Zusammensetzung des Geschlechtschromosoms. Zellen in einem männlichen Körper enthalten ein X- und ein Y- Chromosom, Zellen im weiblichen Körper enthalten zwei X- Chromosomen.
- das **gonadale Geschlecht**: bezieht sich auf die Art der *Gonaden* (Keimdrüsen). Das männliche Geschlecht hat männliche Gonaden (Hoden), das weibliche Geschlecht besitzt weibliche Gonaden (Eierstöcke).
- das **hormonale Geschlecht**: beschreibt das Geschlecht, das auf Grund der hormonellen Ausschüttung zustande kommt, denn ein Mangel, eine Unausgeglichenheit oder ein Überschuss an Testosteron (männliches Hormon) oder Östrogen (weibliches Hormon) kann einen entscheidenden Einfluss auf die Anatomie und Physiologie des Menschen haben.
- die **inneren Geschlechtsorgane**: Samenleiter, Samenbläschen, Prostata, usw. gehören dem männlichen Geschlecht an; Eileiter, Gebärmutter, Vagina, usw. gehören dem weiblichen Geschlecht an. Bei manchen Menschen sind diese Organe entweder unterentwickelt oder überhaupt nicht vorhanden.

- Die **äußeren Geschlechtsorgane**: auch hier gehören spezifische Organe (Penis, Hodensack, Klitoris, Schamlippen) entweder dem männlichen oder dem weiblichen Geschlecht an. In seltenen Fällen können auch diese fehlen oder unterentwickelt sein.
- das **zugewiesene oder anerzogene (soziale) Geschlecht**: je nachdem welche Geschlechtsmerkmale Kinder aufweisen werden sie entweder als Mann oder als Frau erzogen.
- die **geschlechtliche Selbstidentifizierung**: normalerweise wird ein Mensch, der männliche bzw. weibliche Geschlechtsmerkmale hat und als Mann bzw. Frau erzogen wurde, sich auch meist selbst als maskulin bzw. feminin identifizieren. Es kann jedoch vorkommen, dass ein Mensch sich – trotz eindeutigen biologischen Geschlechts – mit diesem Geschlecht nicht identifizieren kann und das andere Geschlecht bevorzugt (siehe Transsexualität in Kapitel 2.1.4).

In den meisten Fällen können Menschen nach allen sieben Kriterien eindeutig als Mann oder als Frau eingestuft werden. Trotzdem gibt es Einzelfälle mit unvollständigen Ausbildungen der äußeren und inneren Geschlechtsorgane, wo es nicht leicht ist, das neugeborene Kind einem der zwei Geschlechter zuzuordnen. In solchen Fällen ist oft eine Untersuchung des chromosomalen Geschlechts der einzige Weg, das Geschlecht des Kindes festzulegen.

In den letzten Jahrzehnten hat sich zudem herausgestellt, dass die geschlechtsspezifischen Unterschiede und Rollenerwartungen, die sich in den verschiedenen Gesellschaften entwickelt haben, längst nicht mehr so grundlegend sind. Es wurde bewiesen, dass viele weibliche und männliche Eigenschaften, die man früher als angeboren betrachtet hat, das Ergebnis kultureller Einflüsse und demnach anerzogen sind. Das bedeutet, dass Männer und Frauen weithin mehr Gemeinsamkeiten haben, als früher angenommen – mit der einen, sicheren Ausnahme, dass nur Frauen alleine Kinder empfangen, austragen und gebären können. (Vgl.: Haeberle 1985, S. 9-10)

### **2.2.3 Die Entwicklung der primären Geschlechtsmerkmale**

Mit primären Geschlechtsmerkmalen sind die äußeren Geschlechtsorgane gemeint,

die bei der Geburt bereits vorhanden sind und es erlauben, das Geschlecht des Kindes zu bestimmen. Zu Beginn der embryonalen Entwicklung ist der menschliche Embryo jedoch für einige Wochen sexuell undifferenziert. Die Anlagen für die Gonaden sind in beiden Geschlechtern gleich und aus diesen gleichen embryonalen Strukturen entwickeln sich in weiterer Folge die weiblichen bzw. männlichen Geschlechtsorgane.

#### Das weibliche Geschlecht

Der Embryo besitzt eine Gewebeleiste, die sich zu den Geschlechtsorganen entwickeln kann. Äußerlich zeigt sich am Körper des Embryos eine Ausbuchtung – die sich beim weiblichen Embryo zur Klitoris entwickelt – und eine Einbuchtung, die offen bleibt und die Vulva bildet. Aus den Genitalleisten entwickeln sich die Eierstöcke. Die Embryonalentwicklung bei weiblichen Embryonen (im Gegensatz zu männlichen Embryonen) benötigt keine besonderen Steuerungsmechanismen. Die inneren und äußeren Geschlechtsorgane entwickeln sich sozusagen ‚von selbst‘, daher bezeichnet man das weibliche Geschlecht als das ‚fundamentale‘ oder ‚ursprüngliche‘ Geschlecht. (Vgl.: Haeberle 1985, S. 22-23)

#### Das männliche Geschlecht

Die Entwicklung des männlichen Geschlechts verläuft etwas komplizierter. Auch der männliche Embryo besitzt die Gewebeleiste, aus der sich die Geschlechtsorgane entwickeln. Die äußerlich beobachtbare Ausbuchtung entwickelt sich zum Penis, während die Einbuchtung sich schließt und eine gerötete Narbe an der Unterseite des Penis hinterlässt. Aus den undifferenzierten Genitalleisten entwickeln sich die Hoden. Der Weg zur männlichen Entwicklung wird durch eine bestimmte Gensequenz induziert, die sich auf dem Y-Chromosom befindet. Dieser als SRY (= sex determining region of Y) bekannter Genabschnitt bestimmt die Synthese eines spezifischen Proteins (TDF = testis determining factor), das die Entwicklung der Hoden aus der undifferenzierten Gonade induziert. Kann das SRY-Gen nicht aktiv werden, so kommt es zu einer weiblichen Geschlechtsorganentwicklung trotz männlichem chromosomalen Geschlechts. (Vgl.: Kirchengast 2007, Folie 97)

## 2.3 Was ist Fortpflanzung?

---

Unter dem Begriff ‚Fortpflanzung‘ (*Reproduktion*) versteht man die Erzeugung von Nachkommen, d.h. dass Lebewesen die Fähigkeit besitzen, neuen, gleichartigen Lebewesen Ursprung zu geben. Man unterscheidet dabei zwei verschiedene Reproduktionsweisen:

- **Die asexuelle (ungeschlechtliche, vegetative) Fortpflanzung:** erfolgt durch Teilung, Knospung oder Brutkörper und tritt besonders häufig bei Flechten, Moosen, Pflanzen und einzelligen Tieren auf. Die asexuelle Reproduktion geht nur von einem elterlichen Organismus (*uniparental*) aus und die hervorgebrachten Nachkommen sind mit ihm genetisch identisch, es handelt sich also um einen natürlichen Klon. (Vgl.: Müller/Hassel 2006, S. 15)
- **Geschlechtliche (sexuelle) Fortpflanzung:** erfolgt mittels der Verschmelzung der Geschlechtszellen der elterlichen Lebewesen (*biparental*). Bei der zweigeschlechtlichen Fortpflanzung vereinigen sich Ei und Samenzelle und es werden Nachkommen erzeugt, die durch die Gameten der Eltern einzigartige Genkombinationen erben. (Vgl.: Campbell/Reece 2003, S. 279) Bei der eingeschlechtlichen Fortpflanzung (*Jungfernzeugung, Parthenogenese*) hingegen entsteht das neue Lebewesen aus einer unbefruchteten Eizelle und ist demnach mit dem Elternteil ident. (Vgl.: Müller/Hassel 2006, S. 20)

### 2.3.1 Der Mensch und die Fortpflanzung

Üblicherweise dient im Tier- und Pflanzenreich die Fortpflanzung einzig und allein der Vermehrung und somit der Überlebung der eigenen Art. Auch beim Menschen dient die Fortpflanzung der Vermehrung der eigenen Art. In der Regel ist Fortpflanzung beim Menschen ohne geschlechtliche Aktivität nicht möglich (bis auf einige medizinische Eingriffe), sehr wohl jedoch Sex ohne Fortpflanzung. In unseren Kulturkreisen glaubte man jedoch lange Zeit, dass der einzige Zweck sexueller Handlungen ausschließlich die Fortpflanzung sei und jede Art der Sexualität, die nicht der Fortpflanzung diene, wurde als sündhaft, strafbar oder krankhaft angesehen. Seit der sexuellen Revolution in den 60er Jahren und der Einführung wirksamer Kontrazeptiva hat sich vermehrt eine Sexualmoral entwickelt, die sich nicht von

einem Fortpflanzungsgebot ableitet, was dazu geführt hat, dass Sexualität und Fortpflanzung beim Menschen ein für alle Mal voneinander getrennt wurden. (Vgl.: Haerberle 1985, S. 71-72)

## **2.4 Geschlechteranatomie der Menschen**

---

Die Primäraufgabe der Geschlechtsorgane ist die Produktion von Keimzellen (Geschlechtszellen). In weiterer Folge sollen sie die Vereinigung der Keimzellen ermöglichen und der befruchteten Eizelle die Möglichkeit geben, sich vom Embryo bis zum geburtsreifen Fetus zu entwickeln. Eine weitere Aufgabe ist die äußere Prägung des menschlichen Körpers, die durch die Bildung der Geschlechtshormone bewerkstelligt wird. Folgende Geschlechtsorgane sind sowohl beim Mann als auch bei der Frau vorhanden:

- die **Gonaden (Keimdrüsen)**: sind für die Produktion von Geschlechtszellen und -hormone zuständig;
- die **Geschlechtswege**: ermöglichen den Transport der Geschlechtsprodukte;
- die **Geschlechtsdrüsen**: produzieren Sekrete, die die Vereinigung von Ei- und Samenzelle begünstigen. (Vgl.: Faller/Schünke 1966,2004, S. 520)

### **2.4.1 Die männlichen Geschlechtsorgane**

Bei beiden Geschlechtern wird zwischen inneren und äußeren Geschlechtsorganen unterschieden. Zu den inneren männlichen Geschlechtsorganen gehören:

- die **paarigen Hoden (Testes)**: sind etwa pflaumengroß, mit zahlreichen Kanälchen durchzogen und liegen im Hodensack. Sie sind für die Produktion der Geschlechtszellen (Samenzellen, Spermien) und der männlichen bzw. weiblichen Geschlechtshormone (Testosteron bzw. Östrogene) zuständig.
- die **Nebenhoden (Epididymides)**: die in den Hoden produzierten Samenzellen gelangen mittels kleiner Samenkanälchen in den Nebenhoden, ein Knäuel aus 6 m langen Kanälchen, die schweifartig auf den Hoden sitzen und die als Samenspeicher dienen.



- die **Samenleiter (*Vas deferens*)**: Der Samenleiter beginnt am Nebenhoden, verläuft durch den Leistenkanal und zieht weiter in das kleine Becken. Gegen das Ende hin nimmt der Samenleiter die Mündung der Bläschendrüse auf, durchbohrt dann die Vorsteherdrüse und mündet gemeinsam mit dem zweiten Samenleiter in die Harnröhre. Die Samenleiter sind etwa 50-60 cm lang und dienen dem Transport der Spermien und der Aufnahme der Sekrete der Bläschen- und Vorsteherdrüse beim Samenerguss.
- Die **Harnröhre (*Urethra*)**: ist ein Rohr, das von der Harnblase bis zur Spitze des Penis führt. Die Harnröhre durchquert die Prostata und wird durch die Einmündung des Samenleiters und der Geschlechtsdrüsen zur *Harn-Samen-Röhre*. Diese durchzieht den Harnröhrenschwellkörper und mündet in der äußeren Harnröhrenöffnung, wo entweder Urin oder Sperma nach außen abgegeben wird.
- Die **Samenbläschen (*Vesiculae seminalis*) oder Bläschendrüsen (*Glandulae vesiculosae*)**: große Drüsen von etwa 10 cm Länge, die auf der Rückseite der Harnblase liegen. Sie produzieren ein alkalisches und proteinreiches Sekret, das die Spermien im sauren Scheidenmilieu beweglich macht, und das Sekret Fruktose, das als Ernährungs- bzw. Energielieferant für die Spermienbewegung dient. Diese Sekrete werden bei einem Samenerguss in die Samenleiter gepresst.
- die **Vorsteherdrüse (*Prostata*)**: hat die ungefähre Größe und Form einer Kastanie und liegt zwischen dem Beckenboden und dem Harnblasengrund. Sie produziert eine saure Flüssigkeit, die die Beweglichkeit und Befruchtungsfähigkeit der Spermien fördert.

Zu den äußeren männlichen Geschlechtsorganen gehören:

- der **Hodensack (*Scrotum*)**: ist eine Hauttasche, in der sich die Hoden und die Nebenhoden befinden. Seine Aufgabe ist es, die Temperatur im Inneren des Hodens aufrecht zu erhalten. Die Hodensackhaut wird von kleinen Muskelzellen durchzogen und ist deshalb sehr dehnbar. Sie zieht sich bei Abkühlung zusammen und zieht so die Hoden näher an den Körper, damit die Temperatur – die für die Produktion der Spermien sehr wichtig ist – konstant bleibt.

- der **Penis (*Glied*, *„Schwanz“*)**: wird in eine Peniswurzel, die an den Schambeinästen verankert ist, und einen frei beweglichen Penisschaft, der mit der Eichel endet, unterteilt. Der Penis besitzt drei Schwellkörper, zwei große an der oberen Seite und einen kleineren an der unteren Seite, der die Harn-Samen-Röhre umgibt. Die Schwellkörper bestehen aus Gewebe und Hohlräumen, die – bei Erregung – durch große Arterien innerhalb kurzer Zeit mit Blut gefüllt werden und den Penis dadurch versteifen – es kommt zu einer *Erektion*. Sobald die Erregung nachlässt, schrumpfen die Schwellkörper wieder und öffnen die Venen, die bei der Erektion zusammengedrückt wurden. Das überschüssige Blut fließt wieder ab und der Penis erschlafft.
- die **Eichel (*Glans penis*)**: so wird der vorderste Teil des Penis bezeichnet. Die Eichel ist mit dem Schaft des Penis verbunden und an ihrer Spitze tritt die Harn-Samen-Röhre aus. Auf Grund der vielen Nervenenden, die die Glatte Oberfläche der Eichel durchziehen, reagiert sie auf Berührungen besonders empfindlich. Ein dünnes Gewebiband, das sogenannte *Frenulum*, verbindet die Unterseite der Eichel mit der Vorhaut.
- die **Vorhaut (*Praeputium*)**: eine Hautfalte, die die empfindliche Eichel bedeckt und schützt. Auf Grund ihrer hohen Elastizität kann sich die Vorhaut bei einem erigierten Penis zurückziehen und die Eichel freisetzen. Zur regelmäßigen Reinigung der Eichel muss die Vorhaut zurückgezogen werden, anderenfalls bildet sich durch die am Rande der Eichel liegenden Drüsen eine käsige Substanz (das *Smegma*), die zu Reizungen und Infektionen führen kann. (Vgl.: Faller/Schünke 1966, 2004, S. 522-533; Haeberle 1985, S. 27-34; Haeberle 2005, S. 29; Ausfelder 2004 b, S. 93-96; Schütz/Kimmich 2006, S.114-116)

#### **2.4.2 Die weiblichen Geschlechtsorgane**

Im Gegensatz zum Mann sind die Geschlechtsorgane der Frau von außen kaum sichtbar, da sie größtenteils in der Bauchhöhle verborgen sind. Dennoch unterscheidet man auch bei der Frau zwischen inneren und äußeren Geschlechtsorganen. Zu den inneren weiblichen Geschlechtsorganen gehören:

- die **Eierstöcke (Ovarien)**: sind paarig angelegt, haben die Form und Größe einer Mandel bzw. einer Walnuss und sind über Bandstrukturen mit der Beckenwand und der Gebärmutter verbunden. Als weibliche Gonaden haben sie die Aufgabe der Heranreifung und Bereitstellung von Eizellen (*Ova*) und der Produktion der wichtigsten weiblichen (Östrogen und Progesteron) und männlichen Hormonen. Zum Zeitpunkt der Geburt enthalten die Ovarien einen riesigen Vorrat an sogenannten Ureiern (*Oogonien* = Zellen, die sich später zu Eizellen weiterentwickeln). Pro Ovar sind bei neugeborenen Mädchen ungefähr 1 Million Eibläschen (Primärfollikel) vorhanden, die bis zur Pubertät in diesem Entwicklungszustand verharren. Ein Großteil davon stirbt im Laufe der Jahre ab. Ab der Pubertät beginnen jeden Monat mehrere Primärfollikeln in einem der beiden Ovarien zu einer Eizelle heranzureifen. Schließlich wird im Regelfall nur eine dieser Eizellen ausreifen und aus dem Eierstock geschwemmt – der **Eisprung** hat stattgefunden. Insgesamt werden während der fortpflanzungsfähigen Jahre 400 – 500 Eizellen freigesetzt. Sobald der Vorrat aufgebraucht ist, tritt die Menopause ein.
- die **Eileiter (*Tuba uterinae*, *Ovidukte*)**: bleistiftdicke, 10-15 cm lange Röhrchen, die rechts und links von der Gebärmutter in Richtung der Eierstöcke schwingen. Sie dienen dem Transport der befruchtungsfähigen Eizelle und als Gang, durch den die Spermien wandern, um auf die befruchtungsfähige Eizelle zu treffen. Das den Eierstöcken zugewandte Ende ist trichterförmig und besitzt fingerähnliche Fortsätze (*Fimbrien*, *Flimmerhärchen*), die sich beim Eisprung auf den Eierstock legen, um die reife Eizelle aufzunehmen. Die Schleimhaut der Eileiter ist mit Drüsen übersät, die ein schleimiges Sekret absondern. Dieses Sekret bildet einen Flüssigkeitsstrom, in dem die Eizelle schwimmt und – unterstützt durch sanfte Wellenbewegungen der Eileitermuskulatur – in Richtung Gebärmutter ‚gestoßen‘ wird.
- die **Gebärmutter (*Uterus*)**: birnenförmiges, faustgroßes und hohles Organ, das zwischen Harnblase und Mastdarm liegt und während der Schwangerschaft als ‚Fruchthalter‘ dient. Die Gebärmutterwände sind sehr muskulös und elastisch und können sich bei einer Schwangerschaft bis zu 50 cm ausdehnen. Die Gebärmutterhöhle ist spaltförmig verengt und von

einer Schleimhaut, die sogenannte **Gebärmutter Schleimhaut** (*Endometrium*), ausgekleidet. Das Endometrium wächst während des Zykluses und bildet ein gut durchblutetes Nest oder ‚Samtkissen‘, worin sich eine befruchtete Eizelle einnisten könnte. Kommt es zu keiner Einnistung (*Implantation*), wird das Endometrium wieder abgebaut und mit etwas Blut ausgeschieden – es kommt zur *Menstruation*.

- der **Gebärmutterhals** (*Cervix uteri*): unterer Teil der Gebärmutter, der in das Innere der Scheide hineinreicht. Der Gebärmutterhals ist von innen mit einer drüsenreichen Schleimhaut ausgekleidet. Die Drüsen bilden einen zähflüssigen Schleim (Zervixschleim bzw. Zervixflüssigkeit), der den Muttermund wie ein Pfropf verschließt und den Zugang zur Gebärmutter – für Spermien und Krankheitserreger – verhindert. Kurz vor dem Eisprung verändert sich die Konsistenz des Schleimes: er wird flüssiger und durchlässiger, damit die Spermien hindurch schwimmen und in die Gebärmutter gelangen können, wo es zu einer Befruchtung kommen kann.
- der **Muttermund** (*Ostium uteri*): äußere Öffnung des Gebärmutterhalses, durch die die Spermien aus der Scheide in die Gebärmutter gelangen können. Der Muttermund ist die meiste Zeit durch einen Zervixschleimpfropf verschlossen. Nur um den Eisprung wird dieser ringförmige Muskel weicher und öffnet sich, um den Spermien einen Durchgang zu gewährleisten.
- die **Scheide** (*Vagina*): dünnwandiger, 10 cm langer, dehnbarer Schlauch, der die Verbindung vom Scheidenvorhof zur Gebärmutter herstellt. Die Vagina bildet den Ausgangskanal für die Menstruationsflüssigkeit, sie nimmt Penis und Ejakulat auf und dient dem Neugeborenen als Geburtskanal. Sie ist innen mit einer Schleimhaut überzogen, die ein saures Vaginalsekret absondert. Das saure Scheidenmilieu wird durch Milchsäurebakterien verursacht, die bestimmte Bestandteile abgestorbener Zellen in Milchsäure umsetzen. Diese sogenannte Scheidenflora bildet eine Schranke gegen das Eindringen von Krankheitserregern.

Zu den äußeren weiblichen Geschlechtsorganen zählen:

- der **Venushügel** (*Mons veneris*): besteht aus Fettgewebe und liegt unter der Haut unmittelbar über dem Schambein. Er ist mit Schamhaaren bedeckt,

die während der Geschlechtsreife gewachsen sind.

- die **großen Schamlippen (*Labia maiora*)**: sind zwei dicke, mit Schamhaaren bedeckte Hautfalten aus Fettgewebe, die vom Venushügel bis zum Damm verlaufen und den Rest der Vulva bedecken. Sie sind innen mit einer Schleimhaut überzogen und enthalten Talg-, Schweiß- und Duftdrüsen. Ihr Gewebe ist reich durchblutet und mit vielen Nerven versehen, was dazu führt, dass sie bei einer sexuellen Erregung anschwellen und auf Berührung empfindlich reagieren.
- die **kleinen Schamlippen (*Labia minora*)**: liegen unter bzw. zwischen den großen Schamlippen und verdecken den Scheidenvorhof und die Harnröhrenöffnung. Auch die kleinen Schamlippen sind mit zahlreichen Nerven versehen und reagieren extrem empfindlich auf Berührungen. Etwas vor der Harnröhrenöffnung sind die kleinen Schamlippen zusammengewachsen und bilden eine Hautfalte, die die Klitoris bedeckt. Diese Hautfalte wird auch als Vorhaut der Klitoris bezeichnet.
- die **Klitoris (der Kitzler)**: erbsengroßes Lustorgan der Frau. Der Großteil dieses Organs ist von außen nicht sichtbar. Der Klitorisschaft teilt sich in zwei Teile, die auf beiden Seiten als Bänder entlang des Beckenknochens verlaufen, während ihre Schwellgewebe auf beiden Seiten der Vulva verlaufen. Die Klitoris ist äußerlich als kugelförmige Perle zu erkennen, die unter einer Hautfalte (Vorhaut der Klitoris) liegt. Diese Perle ist die Eichel der Klitoris und der empfindlichste Teil. Bei einer sexuellen Erregung schwillt sowohl die Klitoris (auf das doppelte ihres Volumens) als auch ihre Schwellkörper, die mit zahlreichen Nerven versehen sind, an.
- der **Scheidenvorhof (Scheideneingang)**: hier münden die Harnröhre, die Scheide und die verschiedenen Vorhofdrüsen.
- Die **Vorhofdrüsen (*Bartholinische Drüsen*)**: bohnen große Drüsen, die sich neben dem Scheideneingang befinden und ein schleimartiges Sekret (Gleitflüssigkeit) absondern, das besonders bei sexueller Erregung der Befeuchtung des Scheideneingangs dient und somit das Eindringen des männlichen Glieds ermöglicht und erleichtert.

- das ‚**Jungfernhäutchen**‘ (**Hymen**): ein kleines, elastisches Häutchen, das bis zum ersten Geschlechtsverkehr den Scheidenvorhof teilweise verschließen kann. Das Hymen ist nicht bei jeder Frau vorhanden und bei manchen Frauen zerreißt es bereits beim Petting, beim Sport oder beim Einführen eines Tampons.
- die weibliche **Brust (Mamma)**: entwickelt sich in der Pubertät unter hormonellem Einfluss und besteht aus Binde- und Fettgewebe, in denen die Milchdrüsen liegen. Nach der Geburt eines Kindes beginnen die Milchdrüsen Milch zu produzieren und geben diese durch Ausführungsgänge in den Brustwarzen ab – die weibliche Brust dient also der Ernährung des Neugeborenen. Die Brustwarze (*Papilla mammaria*) liegt im Zentrum des Warzenhofs, der etwas stärker pigmentiert ist und von unterschiedlicher Größe und Form sein kann, und ist auf Grund zahlreicher Nervenenden extrem berührungsempfindlich.
- **Vulva**: Oberbegriff für die äußeren weiblichen Geschlechtsorgane, d.h. Sammelbegriff für den Venushügel, den großen und kleinen Schamlippen, der Klitoris und den Scheidenvorhof. (Vgl.: Faller/Schünke 1966, 2004, S. 533-548; Haeberle 1985, S. 45-53; Ausfelder 2004 a, S. 59-66; Schütz/Kimmich 2006, S. 90-97)

### **2.4.3 Die männlichen und weiblichen Keimzellen**

Die menschlichen Keimzellen wurden sehr spät entdeckt: 1677 die **Spermien** (*Samenzellen*) und erst 1827 die **Eizellen** (*Oozyten*). Die Keimzellen enthalten einen haploiden (halbierten) Chromosomensatz, auf dem die genetische Information gespeichert ist. Diese werden bei der Befruchtung (Verschmelzung von Ei- und Samenzelle) kombiniert und führen zur Entstehung eines genetisch völlig neuen Individuums. (Vgl.: Walter 1978, S. 30)

#### Die Spermien

Als **Spermien** (auch Spermatozoen, Samenfäden oder Spermazellen genannt) bezeichnet man kleine, bewegliche und geschwänzte männliche Keimzellen. Sie

gliedern sich in einen kleinen Kopfteil und einen langen Schwanzteil. Der Kopf enthält den Zellkern – mit der männlichen genetischen Erbinformation in Form von Chromosomen – und eine kappenartige aufsitzende Struktur – das *Akrosom*, das Enzyme enthält, die die Eihülle auflösen damit das Spermium sie durchdringen kann. Der Schwanzteil ist nochmals in ein Mittelstück, ein Hauptstück und ein Endstück unterteilt. Im Mittelstück befinden sich die Mitochondrien, die die Energie für die Bewegung bereitstellen. Das Haupt- und Endstück werden von der immer dünner werdenden Geißel gebildet. Die Spermazellen werden in den männlichen Gonaden, den Hoden, gebildet. Die Bildung einer Samenzelle dauert 72 Tage und in jeder Sekunde entstehen etwa 1.000 Spermien. Jede Stunde verlassen etwa 3-4 Millionen Spermien den Hoden Richtung Nebenhoden, wo die Spermien bis zur Ejakulation gespeichert werden. Bei der Ejakulation gelangen sie durch Muskelkontraktionen über die Samenleiter in die Harnröhre. Auf dem Weg dorthin werden sie mit Samenflüssigkeit – die ihnen Mobilität verleiht und vor der Scheidenflüssigkeit schützt – aus der Prostata und dem Samenbläschen vermischt. Das Ejakulat enthält demnach zu 90% Samenflüssigkeit und zu 10% Spermien. Im Schnitt werden bei jedem männlichen Orgasmus zwischen 80 und 300 Millionen Spermien ejakuliert. Spermien bewegen sich durch schlängelnde Bewegungen des Schwanzes mit einer Geschwindigkeit von 3-4 mm in der Minute und brauchen ungefähr 1-3 Stunden um den Weg durch die Gebärmutterhöhle bis in die Eileiter zu hinterlegen. Spermien sind nach Ankunft im Eileiter maximal 72 Stunden (3 Tage) überlebens-, d.h. befruchtungsfähig. (Vgl.: Faller/Schünke 1966, 2004, S. 524-526; Cheers 2007, S. 389) In seltenen Fällen können sehr robuste Spermien bei optimalem Umgebungsmilieu in der Gebärmutter einer Frau bis zu einer Woche überleben. (Vgl.: Hatt/Dee 2010, S. 162)

### Die Eizelle

Die weiblichen Keimzellen, die sogenannten **Eizellen** (*Oozyten*) befinden sich in den Eierstöcken (Ovarien) und im Gegensatz zur Samenzellbildung des Mannes, die bis ins hohe Alter erfolgen kann, ist zum Zeitpunkt der Geburt eine bestimmte Anzahl an Urkeimzellen schon vorhanden. Beide Ovarien enthalten etwa 1 Million Primärfollikel, aus denen sich befruchtungsfähige Eizellen entwickeln können. Bis zur Pubertät geht eine große Anzahl dieser Primärfollikel zugrunde. In den fruchtbaren Jahren einer

Frau reifen insgesamt ca. 400-500 Primärfollikel zu einer befruchtungsfähigen Eizelle heran. (Faller/Schünke 1966, 2004, S. 535-537) Die reife Eizelle ist die größte Zelle im menschlichen Körper und noch mit bloßem Auge zu erkennen (hat die ungefähre Größe eines i-Punktchens). Sie ist kugelförmig und der von einer deutlichen Membran umgebene Zellkern liegt exzentrisch (nicht genau in der Mitte). Sie ist von einer sogenannten *Zona pellucida* umgeben, die eine große Bedeutung für den Stoffwechsel der Eizelle spielt und die nach einer erfolgten Befruchtung als Schutzhülle für die ersten Entwicklungsphasen der Zygote fungiert. Nach der *Ovulation* (Eisprung) wird die Eizelle von den Fimbrien der Eileiter aufgefangen und wandert durch die Eileiter in Richtung Gebärmutterhöhle. Trifft sie hier innerhalb der ersten 6–12 Stunden auf befruchtungsfähige Spermien, kann es zu einer Befruchtung kommen. Wird die Eizelle innerhalb dieser Zeit nicht befruchtet, so baut sie sich in kurzer Zeit von alleine ab und geht zugrunde. (Walter 1978, S. 34-36)

#### **2.4.4 Die männlichen und weiblichen Sexualhormone**

**Hormone** sind chemische Botenstoffe, die in endokrinen Drüsen (= spezialisierte Organe, deren Zellen die Hormone direkt in den Blutkreislauf abgeben) produziert werden. Das Blut transportiert die Hormone zu den Zielorganen, wo sie die Zellaktivität beeinflussen und bestimmte Prozesse auslösen bzw. steuern.

Die weiblichen und männlichen Sexualhormone werden in den weiblichen (Eierstöcke) bzw. männlichen (Hoden) Geschlechtsdrüsen (*Gonaden*) produziert. Die Entwicklung der Gonaden findet bereits beim Fetus statt. Während der Kindheit sind sie inaktiv und werden erst mit der Pubertät aktiviert. Der Hypothalamus beginnt dann das sogenannte **GnRH** (Gonadotropin-Releasing-Hormon) auszuschütten, das zu den Veränderungen der Geschlechtsreife führt. Durch das GnRH wird die Hirnanhangsdrüse dazu veranlasst, sowohl im weiblichen als auch im männlichen Körper **Gonadotropine** (das **LH** = luteinisierende Hormon und das **FSH** = follikelstimulierendes Hormon) auszuschütten. Diese Hormone bewirken folgende Reaktionen:

- bei den Frauen löst das FSH das Wachstum eines Follikels im Eierstock aus, das LH bewirkt den Eisprung und die Umwandlung der Follikelzellen zu Gelbkörperzellen.



- bei den Männern regt das FSH das Wachstum der Hoden und die Samenproduktion an, das LH regt die Zwischenzellen in den Hodenkanälchen zur Bildung von Testosteron an.
- bei beiden Geschlechtern stimulieren sie die Produktion von Sexualhormonen in den weiblichen und männlichen Gonaden – in den Eierstöcken wird Östrogen und Progesteron gebildet und in den Hoden wird Testosteron produziert.

Die Sexualhormone werden in bestimmte Gruppen eingeteilt:

- **Androgene:** Hormone, die männliche Geschlechtsmerkmale erzeugen. Das wichtigste Androgen ist *Testosteron*. Das Testosteron fördert die Samenzellbildung und beeinflusst die Entwicklung und das Wachstum der äußeren Geschlechtsorgane.
- **Östrogene und Gestagene:** Östrogene sind für das Brustwachstum und einen früheren Wachstumsstop zuständig. Östradiol (ein Östrogen) wirkt vor allem in der ersten Hälfte des Menstruationszyklus während das Progesteron (ein Gestagen) vor allem in der zweiten Zyklushälfte und in der Schwangerschaft wirkt.

Im Körper beider Geschlechter werden sowohl Androgene als auch Östrogene – nur in unterschiedlichen Mengen – produziert. (Vgl.: Faller/Schünke 1966, 2004, S. 341; Haeberle 1985, S. 22-25; Cheers 2007, S. 35-36)

## **2.5 Psychosexuelle Entwicklungsphasen**

---

Die Entwicklung der Psyche eines Menschen ist eng an die Entwicklung des eigenen Körpers und seiner Sexualität gebunden. Das Neugeborene erfährt Zuneigung und Liebe durch körperliche Zuwendung, das Kleinkind erforscht seinen Körper und macht dabei lustvolle Erfahrungen, der Jugendliche entdeckt den eigenen Körper neu und erforscht die Sexualität. Der heranwachsende Mann bzw. die heranwachsende Frau durchlebt parallel zu seiner/ihrer Körperentwicklung auch eine seelische Entwicklung. Sigmund Freud, der Begründer der Psychoanalyse, hat die psychosexuelle Entwicklung des Menschen erforscht und die Theorie der psychosexuellen Identifikation aufgestellt, in der zwischen fünf Entwicklungsphasen,

die aufeinander folgen, unterschieden wird. In den letzten Jahren wurde diese Theorie von Psychologen und Psychologinnen weiterentwickelt und mit neuen Erkenntnissen ergänzt:

- Die **orale Phase**: Im 1. Lebensjahr nimmt das Neugeborene seine Umgebung und seine Mitmenschen (besonders die Mutter) mit seinem Mund wahr. Es steckt alles in den Mund und untersucht so Gegenstände seiner Umgebung. Durch das Stillen der Mutter erlebt das Kind ein wohliges und lustvolles Gefühl, auf den es oft mit dem ganzen Körper reagiert. Beim Saugen an der Brust oder an den Fingern erfährt der Säugling Anspannung und Loslassen, Geben und Nehmen. In dieser Zeit bildet sich das sogenannte *Urvertrauen* oder *Urmisstrauen* des Kindes aus, je nachdem ob das Kind eher Geborgenheit und Liebe oder Verlustängste und Abneigung spürt. Schon im ersten Lebensjahr macht das Kind erste sexuelle Erfahrungen, die durch zufällige Berührungen der eigenen Geschlechtsorgane zustande kommen. Die elterliche Reaktion auf so ein Verhalten beeinflusst bereits das Empfinden des eigenen Körpergefühls und prägt den späteren Zugang zur Sexualität.
- Die **anale Phase**: Im zweiten Lebensjahr interessiert sich das Kind besonders für seine Ausscheidungsprodukte. Es entdeckt, dass das Entleeren des Darmes oder der gefüllten Blase angenehme, ja sogar lustvolle Empfindungen auslöst. Langsam lernt das Kind seine Schließmuskeln zu kontrollieren und erkennt dann, dass es Macht über seinen eigenen Körper erlangt hat. Durch das Zurückhalten oder Hergeben des Kotes erlangt es Aufmerksamkeit seitens der Eltern und kann sie dadurch beeinflussen. In dieser Phase übt das Kind, mit der Kontrolle der eigenen Körperfunktionen, eigene Entscheidungen zu treffen und bereits die Konsequenz für seine Handlungen zu tragen.
- Die **frühe genitale (phallische) Phase**: Zwischen dem 3. und 6. Lebensjahr wächst das kindliche Interesse an sexuellen Dingen. Das Kind erkennt, dass es zwei Geschlechter gibt und beobachtet neugierig die Geschlechtsorgane der Eltern oder der Geschwister. Manchmal berühren und erforschen Kinder

ihre Geschlechtsorgane gegenseitig – Doktorspiele sind in dieser Phase sehr beliebt. Dieses Verhalten ist ganz normal und dient den Kindern zur Erfahrung der Wirklichkeit, denn über Spiele erkunden und erobern sich die Kinder die Welt. Sowohl Jungen als auch Mädchen wollen in ihrer Körperlichkeit bewundert und angenommen werden. Durch das Angenommen werden wird das Kind in seinem Selbstwertgefühl bestärkt.

- Die **Latenzphase**: Zwischen dem 7. und 10. Lebensjahr wird der Kontakt zu Gleichaltrigen zunehmend wichtig, wodurch sie ihre eigene Geschlechtsrolle festigen. In dieser Zeit haben sowohl Mädchen als auch Jungen ein starkes Bedürfnis nach Bewegung. In Gruppenspielen lernen sie den Umgang mit dem eigenen Körper und können zudem vorhandene Aggressionen abbauen. In der Latenzphase entwickeln Mädchen und Jungen ein zunehmendes Einfühlungsvermögen in andere. Ihr Interesse ist weitreichend, ihre Intelligenz entwickelt sich und sie erkennen die Notwendigkeit von Regeln um das Zusammenleben in der Gruppe zu sichern und lernen mit sozialen Normen umzugehen. Auch der Umgang mit dem eigenen Körper erhält einen neuen Stellenwert: die ersten Schamgefühle erwachen, gewohnte Verhaltensweisen werden geändert und die körperliche Nähe zu den Eltern und anderen Bezugspersonen wird nicht mehr erwünscht.
- Die **späte genitale Phase**: Zwischen dem 11. und dem 16. Lebensjahr tritt die Geschlechtsreife bei den Jugendlichen ein. Innerhalb kurzer Zeit treten verschiedene körperliche und psychische Veränderungen auf, ohne dass der Jugendliche sich dagegen wehren kann. Er steht plötzlich vor einer neuen Entwicklungsaufgabe und muss lernen, mit dieser neuen Situation zu Recht zu kommen und seinen eigenen Platz in der Gesellschaft zu finden (siehe Kapitel 2.6). (Vgl.: Schütz/Kimmich 2007, S. 33-44; Rogge 2008, S. 129)

## 2.6 Jugendsexualität

---

### 2.6.1 Pubertät – die ‚zweite Geburt‘

Das Wort Pubertät kommt vom lateinischen ‚*pubertas*‘ und bedeutet Geschlechtsreife. Die Pubertät ist ein Entwicklungsabschnitt des Menschen, die mit großen körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen verbunden ist. In dieser Umbruchszeit verändert sich der Körper der Jugendlichen in rasantem Tempo und ihr Gemütszustand wankt zwischen extremen Minderwertigkeitsgefühlen und Größenfantasien. (Vgl.: Schütz/Kimmich, 2006, S. 133)

Die Pubertät tritt bei jedem Kind zu einem anderen Zeitpunkt ein, denn jeder Körper entwickelt sich in seinem eigenen Tempo. Tendenziell setzt sie jedoch bei Mädchen etwa zwei Jahre früher ein als bei Jungen: bei Mädchen kann man die ersten körperlichen Veränderungen zwischen dem 10. und 11. Lebensjahr beobachten, bei den Jungen zwischen dem 12. und 13. Lebensjahr. (Vgl.: Oerter/Montada 2002, S. 278) Die Pubertät dauert etwa zwei bis sechs Jahre, ein Zeitraum in dem hormonelle Veränderungen innerhalb kurzer Zeit zu Veränderungen der Figur und der Entwicklung der Geschlechtsorgane und sekundären Geschlechtsmerkmalen führen. (Vgl.: Cheers 2007, S. 570)

Auf Grund der vielen plötzlich auftretenden seelischen aber v.a. körperlichen Veränderungen und Wandlungen sind viele Jugendliche in dieser Zeit überfordert, mit sich und der Welt unzufrieden, fühlen sich unverstanden und haben oft das Gefühl, im falschen Körper zu sein. Viele Eltern und Erzieher bzw. Erzieherinnen haben nicht selten Schwierigkeiten, mit Pubertierenden zu kommunizieren und sie zu verstehen. Es ist aber sehr wichtig, dass die Jugendlichen in diesem etwas schwierigen Entwicklungsabschnitt von vertrauten Personen begleitet und geleitet werden.

In den letzten 150 Jahren konnte in Europa eine **säkulare Akzeleration**, d.h. eine Vorverlegung der sexuellen Reife im Vergleich zu früher festgestellt werden: während im Jahr 1860 das durchschnittliche Menarchealter (Zeitpunkt der ersten Menstruation) der Mädchen bei 16,5 Jahre lag, liegt das durchschnittliche Menarchealter heutzutage etwa bei 13,5 Jahre. Als Ursachen der verfrühten

sexuellen Reife und der körperlichen Entwicklungsbeschleunigung werden eine Vielzahl von Faktoren genannt, unter anderem die verbesserten medizinischen Kenntnisse und die abundantere Ernährung. (Vgl.: Walter 1978)

### **2.6.2 Körperliche Veränderungen (Geschlechtsreife) bei Mädchen**

Um das 10. Lebensjahr beginnt der körperliche Umbruch bei den Mädchen mit verschiedenen Fettablagerungen, die eine Rundung der Hüften und den Wachstum der Brüste zur Folge haben. Die ersten Scham- und Achselhaare sprießen und werden mit der Zeit gelockt. Der Körper streckt sich, die Brustwarzen richten sich auf und die Brust bekommt langsam ihre Form. (Vgl.: Oerter/Montada 2002, S. 278) Neben den Veränderungen der sekundären Geschlechtsmerkmale (Schambehaarung, Brustentwicklung, Wachstumsschub bzw. Formung der Figur) erfolgt auch die Entwicklung der Geschlechtsorgane. Zwischen dem 11. und 14. Lebensjahr bewirken die Sexualhormone Östrogen und Progesteron ein rasches Wachstum der Eierstöcke, der Vagina, der Gebärmutter und der Schamlippen. Etwa zwei Jahre nach Beginn der Pubertät setzt die Menstruation ein, die am Anfang noch ziemlich unregelmäßig ist, sich jedoch im Laufe der nächsten zwei bis drei Jahre einpendelt. (Vgl.: Cheers 2007, S. 570)

#### **2.6.2.1 Die Fruchtbarkeit der Frau – von der Menarche bis zur Menopause**

Mit dem Einsetzen der ersten Menstruation (**Menarche**) werden die Mädchen geschlechtsreif, das bedeutet, dass sie nun fruchtbar sind und selber Kinder bekommen können. Bei manchen Mädchen tritt schon vor der ersten Blutung etwas Weißfluss (ein zäher Schleim) aus der Vagina aus, ein Zeichen dafür, dass der Eisprung bevorsteht. Es ist jedoch sehr schwierig, solche Körperzeichen zu deuten und da sie bei jungen Mädchen unregelmäßig und nicht immer eindeutig auftreten, ist es sehr schwierig vorauszusagen, wann die erste Menstruation eintritt. Da jedoch der Eisprung in der Regel vor der Blutung stattfindet, ist ein Mädchen schon vor seiner Menarche fruchtbar und könnte – was viele Mädchen und Jungen nicht wissen – bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr schwanger werden.

Die Tatsache, dass die Menge der Eizellen bereits bei der Geburt der Mädchen festgelegt ist (siehe Kapitel 2.4.2), ist für eine begrenzte Fruchtbarkeit der Frau verantwortlich. Der Frau stehen zwischen 400 und 500 Eizellen zur Verfügung und wenn dieser Vorrat aufgebraucht ist, wird die Produktion der Eizellen durch die Eierstöcke eingestellt, was das Ausbleiben der Menstruation zur Folge hat, ein Phänomen das als Menopause bekannt ist.

Unter dem Begriff **Menopause** versteht man die letzte Menstruation, die als eingetreten gilt, wenn zwölf Monate danach keine Menstruation erfolgt ist. Die Übergangsphase zwischen der abklingenden Geschlechtsreife der Frau (um das 50. Lebensjahr) und dem Alter wird als **Klimakterium** (Wechseljahre) bezeichnet. Diese Phase wird eingeteilt in *Prämenopause*, *Perimenopause* und *Postmenopause*. In der Prämenopause werden die Monatsblutungen immer unregelmäßiger und Beschwerden wie Hitzewallungen, Depressionen und vermindertes sexuelle Interesse können auftreten. Die Perimenopause umfasst die Jahre vor und nach der Menopause, in denen bereits einige Symptome der Menopause auftreten können. Als Postmenopause bezeichnet man den Zeitraum nach der Menopause bis zum Lebensende. (Vgl.: Cheers 2007, S. 574)

### **2.6.2.2 Die Menstruation (Periode, Regelblutung)**

Das eindeutigste Zeichen für das Erreichen der Geschlechtsreife von Mädchen ist das Eintreten der monatlichen Regelblutung bzw. der Menstruation. Unter der Menstruation versteht man den „*periodisch auftretenden, vaginalen Abgang von Blut und Gewebeteilen aufgrund des Abbaus der Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium)*“. (Vgl.: Cheers 2007, S. 573)

Das Menstruationsblut gilt in unserer Kultur als ‚Abbauprodukt‘, eine Ausscheidung, der nicht unbedingt positive oder schöne Eigenschaften zugeschrieben werden. Eine Frau erleidet während ihrer Regelblutung einen Attraktivitätsverlust, der kulturell vorgegeben ist und noch immer ein Tabu ist: man spricht nicht darüber, findet die Blutung eklig und versucht alles, um sie zu verbergen. Hinter diesem Tabu steckt eine lange Tradition: bereits in der Antike galt eine menstruierende Frau als unrein und je nach Kultur durfte die Frau bestimmte Verhaltensweisen – Tiere berühren, kochen oder andere Menschen anschauen – nicht an den Tag legen. Nach der

Regelblutung mussten Reinigungsrituale durchgeführt werden, damit die Frau wieder in die Gesellschaft aufgenommen werden konnte. Volksweisheiten wie die Annahme, dass der Hefeteig oder der Kuchen misslingt, wenn eine menstruierende Frau backt, dass Eingemachtes verdirbt oder dass die Saat nicht gedeiht, sind noch heute weit verbreitet. Erst in den letzten Jahrzehnten haben wir uns von bestimmtem abergläubischen Wissen bezüglich der Menstruation der Frau entfernt und auch wenn das regelmäßige Bluten der Frauen viel selbstverständlicher geworden ist, wird immer noch zu wenig darüber gesprochen und wenn überhaupt, dann mit einer gewissen Unbehaglichkeit. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 15-17)

### **2.6.2.3 Der weibliche Menstruationszyklus**

Beim weiblichen Zyklus wirken verschiedene Organe und Hormone auf einer komplexen Art und Weise zusammen. Die wichtigsten beteiligten Organe sind:

- die *Eierstöcke* (hier reifen die Eizellen heran)
- die *Eileiter* (sind die ‚Transportwege‘ der Eizellen bis zur Gebärmutter)
- die *Gebärmutter* (dessen abgebaute Schleimhaut bildet das Menstruationsblut)
- die *Vagina* (durch ihr wird das Menstruationsblut nach außen abgegeben)
- der *Hypothalamus* (induziert und regelt den ganzen Zyklusablauf)

Eine besonders wichtige Rolle beim Zyklusverlauf der Frau spielt der **Hypothalamus**. Der Hypothalamus ist eine kleine Gehirnregion, die zum Zwischenhirn gehört und etwa in der Mitte des Schädels liegt. Er gibt in einem bestimmten Rhythmus sogenannte **GnR-Hormone** (Gonadotropin Releasing Hormone) ab. Dieser Rhythmus wird auch GnRH-Puls genannt und bestimmt die Regelmäßigkeit des Zyklus. Die GnR-Hormone gelangen zur **Hirnanhangsdrüse**, die diesen Puls in zwei Hormone übersetzt, die wichtig für die Vorgänge in den Eierstöcken sind. Diese zwei Hormone sind das **luteinisierende Hormon** (LH) und das **follikelstimulierende Hormon** (FSH). Weil diese Hormone die Gonaden (Eierstöcke) beeinflussen, werden sie auch **Gonadotropine** genannt.

Aufgrund des periodischen Verlaufs des Zykluses und der verschiedenen Ansatzpunkten, mit denen man den Zyklus betrachten und erklären kann, ist es schwierig einen Anfang bzw. ein Ende festzulegen. Üblicherweise beginnt der Zyklus mit dem ersten Tag der Blutung und weist eine durchschnittliche Dauer von 26 bis 35 Tagen auf. In den ersten Jahren ist der Zyklus auf Grund der ungleichmäßigen Hormonabgabe sehr unregelmäßig, pendelt sich in den nächsten zwei bis drei Jahren jedoch ein. Der Menstruationszyklus wird in zwei Phasen eingeteilt:

- **Die Proliferationsphase** (die erste Zyklushälfte):

Hat in einem Zyklus nach der **Ovulation** (Eisprung) keine Befruchtung stattgefunden, wird die Gebärmutter Schleimhaut abgebaut und in Form von Menstruationsblut durch die Vagina ausgeschieden. Viele Frauen können verschiedene Anzeichen – wie Bauchschmerzen, ein Ziehen in der Brust oder leichte Kopfschmerzen – kurz vor dem Einsetzen der Menstruation wahrnehmen. Diese Symptome, die nicht bei jeder Frau und von Zyklus zu Zyklus unterschiedlich ausgeprägt auftreten, werden auch in dem Begriff **prämenstruelles Syndrom** zusammengefasst. Schon kurz bevor die Blutung einsetzt, senken sich der Östrogen- und Progesteronspiegel im Blut. Nach dem Absinken der Eierstockhormone wird der GnRH-Puls wieder stärker angeregt. Dieser veranlasst die Hirnanhangsdrüse LH und FSH vermehrt auszuschütten. Das FSH regt nun im Eierstock eine andere Eizelle – samt ihrer Hülle, den *Follikel* – zu einem Wachstumsschub an. Die Steuerung mittels dieser Hormone ist so fein, dass pro Zyklus nur eine Eizelle in einem der beiden Eierstöcke zur ‚Sprungreife‘ heranwächst. In den ersten zwei Wochen nach der Blutung wächst der Follikel mit der Eizelle heran und bildet eigenständig Östrogen, das Hormon, das die Gebärmutter Schleimhaut zum Wachsen anregt. Zudem verändert das Östrogen auch den Muttermund: vor dem Eisprung wird er weicher und öffnet sich ein wenig. Die Zervixflüssigkeit, die bisher zäh war und den Muttermund verschlossen hat, wird in dieser Phase des Zyklus flüssiger und samtiger. Dadurch wird der Weg zur Gebärmutter für die Spermien erleichtert, wodurch eine eventuelle Schwangerschaft ermöglicht werden kann. Sobald der Follikel reif genug für den Eisprung ist, erreicht das von ihm abgegebene Östrogen eine Grenze. Daraufhin gibt die Hirnanhangsdrüse das gespeicherte LH ins Blut ab und der Eisprung beginnt. Der Follikel beginnt sich an einer Stelle aufzulösen und es entsteht eine Lücke in der Eierstockwand. Durch dieses Loch wird die Eizelle in die Bauchhöhle gespült – die



**Ovulation** hat stattgefunden. Die Eizelle wird nun vom Eileiter ‚aufgefangen‘ und mittels sanften Wellenbewegungen bis zur Gebärmutter geleitet. Die Zeit, die die Eizelle braucht, bis sie in der Gebärmutter antrifft, beträgt fünf bis sieben Tage. Trifft die Eizelle auf diesem Weg auf Spermien, kann sie innerhalb von 6 – 24 Stunden befruchtet werden. Die Samenzellen müssen also einen ziemlich langen Weg hinter sich bringen, um zur Eizelle zu gelangen: durch die Vagina, den Muttermund, die Gebärmutterhöhle und ein Stück den Einleiter entlang. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 20-29)

- **Die Sekretionsphase** (die zweite Zyklushälfte):

Nachdem die Eizelle den Follikel verlassen hat, wandelt sich dieser zum sogenannten **Gelbkörper** (*Corpus luteum*) um, eine Struktur, die nun beginnt vermehrt Progesteron zu bilden. Das Progesteron bewirkt verschiedene körperliche Veränderungen, wie z.B. das Ansteigen der Körpertemperatur (ein wichtiges Merkmal bei der Natürlichen Familienplanung), der Aufbau der Gebärmutter und deren Versorgung mit Nährstoffen oder die Inhibition des GnRH-Pulses. Die Verlangsamung des GnRH-Pulses hat zur Folge, dass die Hirnanhangsdrüse immer weniger LH ausschüttet bis sie, gegen Ende der zweiten Zyklushälfte, kein LH mehr ausschüttet. Ohne LH kann der Gelbkörper jedoch nicht mehr existieren, er baut sich ab und somit wird kein Progesteron mehr gebildet. Durch die Absetzung der Progesteronbildung wird die Gebärmutterschleimhaut nicht mehr weiter aufgebaut. Etwa 12-14 Tage nach dem Eisprung beginnt sie, sich abzubauen und wird, gemeinsam mit etwas Blut, durch die Vagina ausgeschieden – die nächste Blutung tritt ein. Zudem wird der langsame GnRH-Puls von der Hirnanhangsdrüse registriert, was sie wieder dazu veranlasst, erneut FSH zu bilden und auszuschütten. In den Eierstöcken fängt der nächste Follikel an zu reifen – der Zyklus beginnt von neuem.

Wird hingegen die Eizelle auf dem Weg zur Gebärmutter von einem Spermium befruchtet, so nistet sich die **Zygote** (befruchtete Eizelle) in die Gebärmutterschleimhaut ein. Nun bildet das Embryo Hormone, die auf dem Gelbkörper wirken und dessen Abbau verhindern bzw. die Weiterproduktion von Progesteron bewerkstelligen, damit das ‚Samtkissen‘ in der Gebärmutter erhalten bleibt – eine Schwangerschaft setzt ein. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 30-37)

Die ersten Zyklen im Leben einer Frau sind meist von unterschiedlicher Länge und vermögen sich erst im Laufe des Erwachsenwerdens zu stabilisieren. Dennoch können die jeweiligen Zyklusphasen von Zyklus zu Zyklus variieren. Nicht selten wird dieser Vorgang von allen möglichen Zuständen und Gegebenheiten beeinflusst. So können Prüfungen, Stress, Diäten, Urlaub, bestimmte Duftstoffe aber auch besonders große Gefühle wie Verliebtheit, Sehnsucht oder Hass, Leid und Schmerz und nicht zuletzt die Ernährung erhebliche Auswirkungen auf den Zyklus haben. Andererseits kann der Zyklus auch die Gemütszustände der Frau beeinflussen, die sich in Form von seelischen Schwankungen manifestieren, die in den verschiedenen Phasen des Zyklus variieren. Mal ist die Frau frustriert und niedergeschlagen, will nur für sich allein sein und hat keine Lust zu arbeiten oder sonst irgendetwas zu unternehmen. Dann wiederum ist sie wieder extrem motiviert, fröhlich, besonnen und unternehmungslustig. Die Hormonschwankungen, die während des Zyklus stattfinden, wirken sich auch auf das Körpergefühl der Frau aus: an manchen Tagen fühlt sie sich in ihrem Körper wohl, hat das Gefühl schön und begehrenswert zu sein und an anderen Tagen fühlt sie sich in ihrem eigenen Körper nicht wohl, ist übermäßig müde und kann sich nur schwer konzentrieren. (Vgl.: Hoffmann 2007, S.37-40)

Viele Frauen und v.a. Mädchen sind sich nicht bewusst, welche Auswirkungen der weibliche Zyklus auf ihr Leben hat. Das Wissen um die eigene Weiblichkeit und die damit verbundenen Veränderungen des Körpers und der Seele könnten für viele werdende Frauen eine Stütze und Hilfe sein, besser mit diesen Umständen umgehen zu können und in Harmonie und Einklang mit dem eigenen Körper aufzuwachsen und zu leben.

### ***2.6.3 Körperliche Veränderungen (Geschlechtsreife) bei Jungen***

Der körperliche Umbruch und die Veränderung der männlichen sekundären Geschlechtsmerkmale beginnen bei den Jungen um das 12. bzw. 13. Lebensjahr. Der Körper erlebt einen Wachstumsschub, die Schultern werden breiter, die ersten Achsel- und Schamhaare sprießen und der Bartwuchs setzt ein. Der Kehlkopf vergrößert und senkt sich und der Junge kommt in den Stimmbruch, was einen markanten Stimmwechsel zur Folge hat. Eine erhöhte Hormonausschüttung (v.a.

Testosteron) bewirkt zudem das Wachstum der Hoden, des Hodensacks und des Penis. (Vgl.: Oerter/Montada 2002, S. 278 und Cheers 2007, S. 571)

### **2.6.3.1 Die Fruchtbarkeit des Mannes**

Etwa ein Jahr nach Beginn des Peniswachstums regen die Hormone die vollständige Ausreifung der Samenzellen an und sobald genügend Samenzellen ausgereift und die Nebenhoden voll sind, kommt es zur ersten Ejakulation (**Ejakularche**). Manchmal erfolgt der erste Samenerguss im Traum und der Junge bemerkt es kaum oder nur an der Feuchtigkeit und dem Ejakulat in seiner Unterwäsche. Nicht selten jedoch erlebt ein Junge seine erste Ejakulation beim Masturbieren. Für manche Jungen ist dieses ein besonderer Moment, verbunden mit einem intensiven sexuellen Lustgefühl, das sie immer wieder erleben möchten. (Vgl.: Schütz/Kimmich 2006, S.158-159)

Ab dem Zeitpunkt der Ejakularche ist ein Junge fruchtbar, d.h. er ist in der Lage Kinder zu zeugen. Da die Produktion der Samenzellen beim Mann bis ins hohe Alter kontinuierlich erfolgt, ist dieser bis zu seinem Ableben zeugungsfähig.

### **2.6.4 Seelische, psychische und soziale Veränderungen in der Pubertät**

In der Pubertät verändern sich nicht nur die Geschlechtsorgane und Geschlechtsmerkmale, sondern auch das Gehirn und die Psyche unterliegen einem drastischen Wandel. Die Nervenzellen des Gehirns werden neu verschaltet und die Persönlichkeitsentwicklung bekommt eine neue Dynamik. Durch die Veränderung bestimmter Hirnregionen treten notwendigerweise Gedächtnisprobleme, Lernschwierigkeiten und emotionale Labilität auf. Pubertierende haben Schwierigkeiten soziale und emotionale Situationen richtig einzuschätzen, sind oft unausgeglichen und verwirrt und können gefährliche Handlungen und Situationen nicht gut einschätzen. In dieser Phase spielen die Erfahrungen der Jugendlichen sowie eine sichere emotionale Bindung, Geborgenheit, Förderung und Erziehung eine wichtige Rolle. Die Eltern bzw. Erzieher und Erzieherinnen werden in dieser Zeit mehr denn je gebraucht und erfüllen weiterhin eine wichtige leitende und begleitende Rolle. (Vgl.: Schoonbrood 2008, S. 101-104)

Die Pubertät ist die Zeit der Identitätsfindung. Mit Identität ist die „*einzigartige Kombination von persönlichen, unverwechselbaren Daten des Individuums wie Name, Alter, Geschlecht und Beruf gemeint. [...] In einem engeren psychologischen Sinn ist Identität die einzigartige Persönlichkeitsstruktur, verbunden mit dem Bild, das andere von dieser Persönlichkeitsstruktur haben. Für das Verständnis von Entwicklung im Jugendalter ist aber noch eine dritte Komponente der Identität wichtig, nämlich das eigene Verständnis für die Identität, die Selbsterkenntnis und der Sinn für das, was man ist bzw. sein will.*“ (Vgl.: Oerter/Montada 2002, S. 290-291)

Die Pubertät ist also die Zeit der Selbstfindung. Der Heranwachsende bzw. die Heranwachsende versucht Ordnung im – von den Hormonen verursachten – körperlichen und psychischen Chaos zu machen, sich von seiner Umwelt und seinen Mitmenschen abzugrenzen und sich selbst zu finden. Es findet eine Selbstwahrnehmung und eine Selbsterkenntnis statt, die zur Ausbildung eines Selbstkonzepts führen. Die Jugendlichen entwickeln ein Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, wichtige Eigenschaften um sich im weiteren Leben etablieren zu können. Es ist allerdings nicht schwer zu erkennen, dass diese Entwicklungsphase von enormen Schwierigkeiten begleitet wird und viele Jugendliche bei der Selbstfindung scheitern. Es ist deshalb umso wichtiger, dass die jungen Heranwachsenden nicht allein gelassen werden, sondern in ihrer momentanen Verwirrtheit und Verfassung liebevoll angenommen und gefühlvoll unterstützt werden.

### **2.6.5 Was Mädchen und Jungen wissen wollen**

Schon von der Geburt an besteht ein gewisses Interesse für das Thema Sexualität. Neugeborene erfahren beim Baden und Gewickelt-Werden erste körperliche Kontakte und die damit verbundenen lustvolle und befriedigende Gefühle. Kleine Mädchen entdecken plötzlich, dass sie anders gebaut sind als ihre männlichen Freunde und Kindergartenkinder fragen sich bereits woher die Babys kommen. Mit der Zeit wächst das Interesse der Kinder und Jugendlichen und sie wollen immer mehr über ihren Körper und ihre Umwelt wissen. Was das Wissen über Sexualität

anbelangt, gibt es teilweise geschlechtsspezifische Unterschiede, teilweise weisen Mädchen und Jungen gleiche Interessen auf.

Für Mädchen ist es besonders wichtig mehr Informationen über Vergewaltigung, Geschlechtskrankheiten (v.a. Aids), Regelblutung, Schwangerschaft, Abtreibung und Verhütung zu erhalten. Weniger Interesse zeigen sie hingegen – im Vergleich zu den Jungen – für Selbstbefriedigung, den Geschlechtsverkehr an sich und den verschiedenen Sexualorientierungen. Jungen hingegen sind – neben Aids, Sex und Selbstbefriedigung – auch sehr an Themen wie Vergewaltigung, Schwangerschaft und Abtreibung interessiert. (Vgl.: Milhoffer 200, S. 115)

Für beide Geschlechter sind allgemeine Informationen über die sexuelle Aufklärung, d.h. Bau und Funktion der Geschlechtsorgane, die Wirkung der Hormone, Vorbeugung bzw. Verhütung einer Schwangerschaft, usw. von besonderem Interesse. Aber auch sozial-emotionale Themen wie Beziehung und Partnerschaft, Sexualverhalten und sexuelle Entwicklung, die Liebe und der Umgang mit Liebeskummer sind Themenbereiche, worüber Jugendliche gerne mehr Information hätten. Obwohl kleine geschlechtsspezifische Tendenzen bemerkt werden können, kann man nicht allgemein gültige Präferenzen von Mädchen oder Jungen erkennen. Die Sexualität umfasst ein so breites Gebiet und manche Themenbereiche erweisen sich in einem bestimmten Alter als besonders interessant, während einige Zeit später, das früher scheinbar Uninteressante sich plötzlich als wissenswert herausstellt. Es ist daher empfehlenswert, alle Themenbereiche anzusprechen, damit die Jugendlichen ein umfassenderes Wissen erlangen und selber dann entscheiden können, was sie noch lieber vertiefen möchten und was nicht.

Egal zu welchen Themen Kinder und Jugendliche Fragen haben und Wissen erwerben wollen, das wichtigste dabei ist, dass die Befragten – sowohl Eltern als auch Lehrer und Lehrerinnen – die Fragen ernst nehmen, sie nicht ignorieren, ehrlich antworten und dabei authentisch bleiben. Denn Kinder und Jugendliche merken, wenn Erwachsene sich verstellen, verklemmt sind oder sie nicht ernst nehmen und das verursacht oft einen Verlust des Vertrauens gegenüber den Erwachsenen. Zudem empfinden die Jugendlichen es als entlastend, wenn sie erfahren, dass sie mit ihren Problemen und Fragen nicht alleine sind und dass es vielen Jugendlichen bzw. Erwachsenen bei Unsicherheiten bezüglich Beziehung und Sexualität ähnlich geht. (Vgl.: Seikowski 2005, S. 91)

## **2.7 Liebe und Sex**

---

### **2.7.1 Das Erwachen der Sexualität**

In der Pubertät erwacht, induziert durch biologische und hormonelle Veränderungen, langsam der Sexualtrieb der Jugendlichen. Fantasien und Träume mit sexuellen Inhalten spielen ab jetzt eine wichtige Rolle. Durch das **Onanieren** (Masturbieren) wird der eigene Körper bewusst erlebt und nach gezielt sexueller Befriedigung gesucht. Langsam bereiten sich Körper und Seele darauf vor, mit anderen Menschen Sexualität auszutauschen. (Vgl.: Schütz/(Kimmich 2006, S. 141)

Nicht selten sind Jugendliche mit diesem neuen Gefühl der sexuellen Begierde überfordert. Durch die modernen Medien (Fernsehen und v.a. Internet) werden dauerhaft nicht immer ganz einwandfreie (treffende) Bilder der Sexualität vermittelt. Oft geht es hier nur um den körperlichen Austausch, um Sex und weniger um Gefühle und Liebe. Deshalb ist es in dieser Zeit umso wichtiger, dass die Jugendlichen von pädagogischen Institutionen wie der Schule, aber v.a. von den eigenen Eltern bzw. Erziehungsberechtigten unterstützt und begleitet werden. Die Jungen und Mädchen sollen ein positives Selbstbild von sich als Jungen bzw. als Mädchen entwickeln, damit sie sich auf die Liebe freuen und sie selbstbewusst und selbstbestimmt erleben können. Es ist wichtig mit den Jugendlichen offen und spontan über die Liebe und das erste Mal zu reden, dennoch darf man dabei nicht vergessen, dass die Jugendlichen eigene Erfahrungen machen müssen und die Eltern sie nicht weitgehend vor Enttäuschungen schützen können. (Vgl.: Schoonbrood 2008, S. 120-123)

### **2.7.2 Küssen, Fummeln, Petting – das erste Herumexperimentieren**

Mit dem Erwachen der Sexualität erwacht auch die Sehnsucht nach Zärtlichkeit, Geborgenheit, Liebe und Nähe zu Gleichaltrigen. Die ersten Schwärmereien sind oft harmlos vom Standpunkt des Erwachsenen aus gesehen, aber für den Jungen bzw. das Mädchen umso ernsthafter und realer. Die Verliebtheit ist eines der schönsten, intensivsten und spannendsten Gefühle, die ein Mensch haben kann und durch sie lernen Mädchen und Jungen die eigenen Vorstellungen und Wünsche kennen. (Vgl.: Schoonbrood 2008, S. 123)

Die ersten sexuellen Erfahrungen beginnen mit Küssen und Petting. Ein Kuss drückt Liebe und Begehren aus, die Lust auf körperliche Nähe. Viele Jugendliche, insbesondere Mädchen, sind sehr unsicher und haben Angst, beim Küssen irgendwas falsch zu machen. Deshalb kommt es oft vor, dass sie mit anderen, gleichaltrigen Mädchen erste körperliche Zärtlichkeiten austauschen, um sich eine Orientierung zu verschaffen. Der erste Zungenkuss – der ein sehr intimer Liebesbeweis ist – ist ein bedeutendes Ereignis im Leben eines jeden Menschen. Es ist der erste persönliche, körperliche Kontakt zum Partner bzw. zur Partnerin und ist ein Zeichen tiefer Zuneigung. Nach einiger Zeit wird das Küssen für die Jugendlichen nicht mehr genug sein, denn im ganzen Körper werden Glückshormone ausgeschüttet und es entwickeln sich immer mehr Lustgefühle. Es folgen erste Liebkosungen und Zärtlichkeiten durch Streicheln und Petting. **Petting** bedeutet, dass ein Paar sich am ganzen Körper streichelt und küsst, ohne dass es zum eigentlichen Geschlechtsakt kommt. Die Jugendlichen lernen gegenseitig ihren Körper intensiv zu erforschen und deren Lustmöglichkeiten ausfindig zu machen. Dabei ist nur das erlaubt, was beiden gefällt und es ist wichtig, dass Mädchen und Jungen lernen, nein zu sagen, wenn es für sie zu weit geht. (Vgl.: Buchta 2007, S. 19 und Ausfelder 2008 a, S. 103-107)

### **2.7.3 Die Kohabitarche – das ‚erste Mal‘**

Das ‚erste Mal‘ (die *Kohabitarche*) ist – wie der erste Kuss – etwas ganz besonderes im Leben eines Menschen, etwas dass nur einmal stattfinden kann. Es gibt keine allgemeine Richtlinie dafür, wann der erste Geschlechtsverkehr stattfinden soll. Das wichtigste ist, dass sich der Junge bzw. das Mädchen dafür bereit fühlt und nicht bedrängt wird. Jugendliche, die ihren Körper schätzen und ihren Gefühlen trauen, können selbstbewusst und klar entscheiden, mit wem und wann sie ihren ersten Sex erleben. Damit sie jedoch von dieser Situation nicht völlig überrumpelt werden, ist es gut, ihnen allgemeine Informationen über den Sexualakt mitzuteilen und mit den Heranwachsenden v.a. über die Verhütung zu sprechen. Den Jugendlichen soll auch vermittelt werden, dass es nicht das wichtigste ist, endlich Sex zu haben um damit prahlen zu können oder weil „es die meisten eh schon gemacht haben“, sondern dass sie sich bewusst werden, dass es etwas ganz Besonderes und Einmaliges ist

und es sich lohnt auf einen Partner bzw. eine Partnerin zu warten, mit dem bzw. der man diesen Augenblick teilen möchte. (Vgl.: Schoonbrood 2008, S. 128)

#### **2.7.4 Zahlen und Fakten zum ersten Mal**

Im Jahr 2006 wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine Langzeitstudie zur Jugendsexualität abgeschlossen. Die Erhebung sollte Einstellungen und Verhalten deutscher Jugendlicher und ihrer Eltern in Fragen der Sexualität und Kontrazeption liefern. Ich möchte nur einige wichtige Ergebnisse in Bezug auf die ersten sexuellen Erfahrungen von Jungen und Mädchen zur Veranschaulichung präsentieren:

- Von den 14-jährigen Mädchen gaben 12%, bei den 14-jährigen Jungen gaben 10% an, Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Bei den 15-jährigen Mädchen waren es 23% und bei den gleichaltrigen Jungen 20%, bei den 16-jährigen Mädchen 47% und bei den Jungen 35%, bei den 17-jährigen Mädchen 73% und bei ihren männlichen Kommilitonen waren es 66%.
- Das erste Mal erlebten die Mädchen am häufigsten mit 16 Jahren (31%) und die Jungen im Alter von 15 Jahren (24%).
- Mädchen, die sich in ihrem Körper nicht wohlfühlen, haben häufiger früher Sex als Mädchen, die ein positives Körpergefühl besitzen.
- Für 37% der Jungen und 24% der Mädchen kam das erste Mal „*völlig überraschend*“.
- Bei 64% der Mädchen und 51% der Jungen ist der Partner bzw. die Partnerin beim ersten Geschlechtsverkehr der feste Freund bzw. die feste Freundin.
- 73% der Jungen und 61% der Mädchen erlebten das erste Mal als etwas Schönes, 7 % der Jungen und 22% der Mädchen erlebten es hingegen als etwas Unangenehmes.
- 68% der Jungen und 58% der Mädchen empfanden im Nachhinein den Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs als „*gerade zum richtigen Zeitpunkt*“.



- 71% haben beim ersten Mal mit Kondom verhütet, 35% mit der Pille und 7% mit sonstigen Verhütungsmethoden. Die restlichen 9% haben sich beim ersten Geschlechtsverkehr überhaupt nicht geschützt. (Vgl.: BZgA 2006)

### **2.7.5 *Liebeskummer und Sehnsucht***

Die Liebe kann Einen beflügeln und im siebten Himmel schweben lassen. Wird sie jedoch nicht erwidert, ist sie unweigerlich mit großem Kummer, Verzweiflung und Sehnsucht verbunden. Für junge Menschen ist es wichtig, auch diese Gefühle zu erleben und von den Erwachsenen in ihrer Trauer und Verzweiflung angenommen und nicht verspottet zu werden. Oft bewirken solche Gemütszustände auch positive Folgen, so besitzt z.B. die Sehnsucht ein mächtiges Schwungrad: sie spornt an, macht kreativ, poetisch und mutig. (Vgl.: Schoonbrood 2008, S. 123)

### **2.7.6 *„Warum macht man überhaupt Sex?“- Der Sinn der Sexualität***

Kinder, für die der Geschlechtsakt noch etwas Abstoßendes ist, den sie nicht richtig einordnen können, verstehen oft nicht, wieso offenbar alle Welt Sex haben will. Mit der Pubertät lernt der Jugendliche bzw. die Jugendliche die andere Seite der Sexualität kennen: Sex dient nicht nur dazu, ein Kind zu zeugen, sondern ist mit Liebe, positivem Körpergefühl und Wohlbefinden verbunden. Sexualpädagogen sprechen daher von vier Sinnesaspekten der Sexualität: (Vgl.: Schoonbrood 2008, S.135-140)

- **Identität:** In der Pubertät lernen die Heranwachsenden ihre Geschlechtszugehörigkeit zu erkennen und ihre eigene geschlechtliche (sexuelle) Identität zu finden. In dieser Zeit entwickelt sich auch das Schönheitsideal der Frau bei den Mädchen und es ist wichtig, die Idealvorstellungen, die durch die Medien vermittelt werden, speziell bei den Jüngeren zurechtzustellen, bevor es zu krankhafte Neigungen wie Magersucht oder Bulimie kommt.
- **Beziehung:** Verliebtheit weckt sexuelle Wünsche und manchmal führt Sexualität zu Verliebtheit. Der Begriff „*Liebe machen*“ ist daher sehr passend:

zwei Menschen empfinden Liebe und deshalb machen sie Liebe, sie haben Sex. Sexualität ist etwas Intimes, Schönes und Aufregendes und sie (ver)bindet. Gehirnforschungen haben ergeben, dass der sexuelle Sinnesrausch als Beziehungskitt wirkt. Es aktiviert das Belohnungszentrum und setzt Glückshormone (v.a. Oxytocin) frei, die ein wohliges Gefühl hervorrufen, das man möglichst bald wieder spüren möchte. Die sexuelle Beziehung soll liebevoll sein, damit der Sex für die Jugendlichen schön sein kann, sie nicht seelisch verletzt werden und damit sie ein gesundes Beziehungsgefühl entwickeln.

- **Fruchtbarkeit:** Sexualität ist ein körperlich vorgegebenes und natürliches Programm aller Lebewesen und dient im Prinzip der Fortpflanzung und somit der Arterhaltung. Das ist beim Menschen nicht anders. Da die Fruchtbarkeit der Frau – im Gegensatz zu den meisten anderen Säugetieren – auf Antrieb von außen nicht erkannt werden kann (z.B. durch optische, akustische oder olfaktorische Signale), ist die Sexualität beim Menschen, damit die Fortpflanzung sicher funktioniert, mit Lustgefühlen verbunden. Durch die besondere Intelligenz der Menschen und ihre Fähigkeit, sich selbst zu reflektieren und zu erforschen, wurde die Möglichkeit gefunden, Fortpflanzung und Lust voneinander zu trennen, um Sex auch dann genießen zu können, wenn man keinen Nachwuchs bekommen möchte.
- **Lust:** Lust ist – wie Hunger und Durst – ein angeborener Trieb, der vorhanden ist, um unser Überleben zu sichern. Lust ist ein einzigartiges Gefühl, das Voraussetzung für das Funktionieren der Fortpflanzung ist – jedenfalls beim Mann, denn nur wenn er Lust hat, versteift sich sein Penis. Wird der Penis nicht steif, ist eine körperliche Vereinigung mit der Frau nicht möglich, es kommt zu keinem Samenerguss und Folge dessen zu keiner Befruchtung bzw. zu keiner Schwangerschaft. Lust ist auch besonders wichtig für das seelische Wohlbefinden eines Menschen. Beim *Orgasmus*, ein Begriff mit dem man den Höhepunkt der Lust bezeichnet, werden haufenweise Glückshormone ausgeschüttet, die ein entspanntes, rauschartiges und wohliges Gefühl verbreiten und dem Körper und der Seele gut tun.

### **2.7.7 Der Höhepunkt der Lust – der Orgasmus und seine Phasen**

Der Orgasmus stellt den Höhepunkt der sexuellen Lust dar und ist bei der Fortpflanzung notwendig, damit es beim Mann zur Ejakulation kommt und die Spermazellen in den Körper der Frau gelangen können. Bei der Frau hingegen ist der Weg zum Orgasmus auf Grund anatomischer Bedingungen etwas schwieriger. Daher erleben Frauen zu Beginn ihres Geschlechtslebens nur selten berauschende Höhepunkte. Im Laufe der Jahre wird die Frau wesentlich orgasmusfähiger. Einige körperliche und seelische Reaktionen bei der sexuellen Erregung sind bei beiden Geschlechtern gleich: die Atmung wird schneller, der Puls steigt, die Muskeln spannen sich an. Psychologen und Ärzte haben in der sexualwissenschaftlichen Forschung die Reaktionen des Körpers bei einem Orgasmus erkundet und seinen Ablauf in vier Phasen unterteilt:

- **Erregungsphase:** in dieser Phase werden durch Berührungen, Streicheln, Küssen und Phantasien Spannung und Lust aufgebaut – der Körper erregt sich. Bei der Frau wird die Scheide feucht, Klitoris und Schamlippen schwellen an, die Gebärmutter und die Brustwarzen richten sich auf. Beim Mann wird der Penis größer, steif und richtet sich auf und der Hodensack zieht sich zusammen. Die Erregung wird immer stärker, geht auf den ganzen Körper über und der sogenannte *Sex Flush*, die vermehrte Durchblutung der oberen Hautschichten, tritt ein.
- **Plateauphase:** in dieser Phase wird ein hoher Grad der Erregung erreicht, die unterschiedlich lange dauern kann und durch Erfahrung bewusst beeinflussbar ist. Das sexuelle Begehren und die damit eintretende Muskelspannung steigt, die Geschlechtsorgane werden besonders intensiv gespürt. Die großen Schamlippen weiten sich und es bildet sich vaginale Flüssigkeit (*Lubrikation*). Auch das männliche Glied gibt erste sogenannte Lusttropfen ab. Stimuliert man die Geschlechtsorgane weiter, ist der Höhepunkt nicht mehr weit.
- **Orgasmusphase:** Während dieser Phase erreicht die Erregung ihren Höhepunkt. Es kommt zu spontanen, also nicht willkürlich gesteuerten rhythmischen Muskelkontraktionen in der Genital- und Analregion. Bei der Frau zieht sich die Muskulatur der Vagina bereits kurz vor dem Orgasmus

zusammen und verengt deren Eingang. Beim Orgasmus zieht sich die Klitoris unter ihre Vorhaut zurück und manchmal spritzt eine Flüssigkeit aus der Harnröhre. Beim Mann kommt es zu einer raschen Folge von Muskelanspannungen des Penis: die Muskeln ziehen sich rhythmisch zusammen und das Sperma wird aus dem Penis herausgespritzt. Die Intensität der Orgasmusempfindung hängt stark mit der Verbindung der körperlichen Empfindungen und den eigenen Gefühlen zusammen: je höher der Einklang zwischen Körper und Psyche, desto ganzheitlicher wird der Orgasmus erlebt.

- **Entspannungsphase und Rückbildungsphase:** Nach Erreichung des Höhepunkts lässt die Muskelanspannung im ganzen Körper langsam nach, Puls und Atemfrequenz normalisieren sich, die Schwellungen der Geschlechtsorgane gehen zurück und man fühlt sich angenehm ermattet. Die Rückbildungsphase dauert beim Mann etwas länger als bei der Frau, da die männlichen Geschlechtsorgane unmittelbar nach dem Orgasmus nicht sofort auf neue sexuelle Reize reagieren. (Vgl.: Schoonbrood 2008, S. 139; Ausfelder 2008, S. 14; Schütz/Kimmich, S. 178-184; Fiedler 2010, S. 101)

## **2.8 Kontrazeptiva - Verhütungsmethoden**

---

### **2.8.1 Geschichte der Kontrazeptiva**

In der Vergangenheit waren Sexualität und Fortpflanzung eng miteinander verknüpft und die Fortpflanzung wurde zum einzigen Zweck sexueller Betätigung erklärt. Mit der Zeit haben jedoch Menschen nach Methoden gesucht, die es ihnen gestatten trotz Geschlechtsverkehr (*Koitus*) eine Schwangerschaft zu verhindern, d.h. den Koitus von der Fortpflanzungsfunktion zu trennen. (Vgl.: Haeberle 1985, S. 96)

Schon vor Christus Geburt gab es erste Versuche von Frauen, sich vor einer ungewollten Schwangerschaft zu schützen. Hierzu verwendeten sie verschiedene Pflanzenextrakte, Honig, Olivenöl oder Weihrauch. Diese Substanzen sollten die eindringenden Spermazellen abtöten. (Vgl.: [www.frauenaerzte-im-netz.de](http://www.frauenaerzte-im-netz.de))

Das Kondom, eine der sichersten und bekanntesten Barrieremethoden der heutigen Zeit, war schon in der Antike bekannt. Die ursprünglichen Kondome bestanden aus Tierdärmen (Schaf- oder Schweinedärmen) (Vgl.: [www.gynweb.de](http://www.gynweb.de)), Leder oder aus gewebten Stoffen wie Leinen (Vgl.: [www.weltderwunder.de](http://www.weltderwunder.de)). Diese Arten von Kondomen waren nicht besonders sicher und hatten eine hohe Unzuverlässigkeit. Seit Mitte des 19.Jhs. werden die Kondome aus Latex – der Milch des Kautschukbaumes – hergestellt. Diese sind wesentlich dünner, elastischer und dennoch resistent und bieten v.a. mehr Schutz. Für Menschen, die an einer Latexallergie leiden, gibt es seit einiger Zeit auch Kondome aus einem Kunststoff, dem sogenannten Polyurethan. (Vgl.: [www.onmeda.de](http://www.onmeda.de))

Seit der sexuellen Revolution der 60er Jahre hat sich etwas in unserer Kultur radikal verändert: Sexualität ist etwas Exklusives geworden, etwas Neues, das nicht unbedingt mit Fortpflanzung zu tun haben muss. Das war der Auslöser für die Entwicklung verschiedener Verhütungsmethoden und nicht zuletzt für ihre Zulassung. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 54) In diesen Jahren wurde auch die (Hormon-) Pille als Verhütungsmethode in Deutschland und anderen europäischen Ländern zugelassen.

### **2.8.2 Was bedeutet Kontrazeption?**

Das Wort *Kontrazeption* kommt vom Lateinischen ‚*contra*‘ – was mit ‚gegen‘ übersetzt wird – und ‚*concupere*‘ was so viel wie ‚aufnehmen‘ bzw. ‚empfangen‘ bedeutet. Bei der Kontrazeption handelt es sich also um die Empfängnisverhütung und zwar Empfängnisverhütung *„im Sinne der individuellen Familienplanung oder auf staatlicher Ebene zur Lenkung der Geburtenzahlen. Kontrazeption dient dazu, den Geschlechtsverkehr zu ermöglichen und gleichzeitig eine Schwangerschaft zu vermeiden bzw. das Risiko einer Schwangerschaft möglichst gering zu halten.“* (Vgl.: [www.flexikon.docchek.com](http://www.flexikon.docchek.com)) Die Mittel der Kontrazeption werden **Kontrazeptiva** oder Verhütungsmittel genannt. Ihr Hauptzweck ist die Verhinderung einer ungeplanten Schwangerschaft.

### **2.8.3 Sicherheit von Kontrazeptiva**

Nicht selten trifft man auf ganz unterschiedliche Angaben zur Sicherheit, mit der eine Verhütungsmethode eine Schwangerschaft verhindern kann. Einige Gründe für diese Tatsache sind folgende:

- es gibt keine wirklich gute wissenschaftliche Methode die Sicherheit aller Verhütungsmittel zu ermitteln;
- häufig stehen hinter den Aussagen zur Sicherheit wirtschaftliche Interessen, denn Sicherheit ist ein Verkaufsargument;
- die Höhe der Sicherheit hängt nicht zuletzt von der Regelmäßigkeit und der Konsequenz ab, mit der eine spezifische Verhütungsmethode angewendet wird. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 58-59)

### **2.8.4 Der Pearl-Index**

Der Pearl-Index wurde nach seinem Erfinder, dem Biologen Raymond Pearl, benannt. Es handelt sich dabei um eine Methode, mit der üblicherweise die Zuverlässigkeit der Kontrazeptionsmethode angegeben wird. Dieser Index zeigt an, wie viele unter 100 Frauen, die mit einer bestimmten Methode verhüten, in einem Jahr trotzdem schwanger werden:

$$\text{Pearl-Index} = \frac{\text{Gesamtzahl der Schwangerschaften} \times 12 \text{ Monate}}{\text{Zahl der Frauen} \times \text{Zahl der Anwendungsmonate}}$$

Je niedriger der Wert, desto sicherer die Verhütungsmethode (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 59).

### **2.8.5 Methoden der Kontrazeption**

Die Furcht vor einer ungewollten Schwangerschaft hat Frauen und Männer nach Mittel suchen lassen, die eine empfängnisverhütende Wirkung haben. Schon in der Antike waren solche Mittel bekannt, doch das Wissen über die Empfängnisverhütung ging seit dem Mittelalter langsam verloren. Mit dem Beginn der Industriellen Revolution wurden Familien mit einer unkontrollierten Kinderzahl zu Armut und Hunger verdammt. Seit dem 19. Jh. wurden wieder vermehrt Informationen über Familienplanung verbreitet und Mittel zur Empfängnisverhütung eingeführt. (Vgl.: Haeberle 2005, S. 51)

In den letzten Jahrzehnten ist die Anzahl der Möglichkeiten zur Empfängnisverhütung erheblich gestiegen und es stehen nun sowohl den Männern als auch den Frauen einige Verhütungsmethoden zur Auswahl, die grob in mechanische, hormonelle und natürliche Kontrazeptiva eingeteilt werden können.

#### **2.8.5.1 Mechanische Kontrazeptiva (Funktion, Anwendung, Sicherheit)**

Von den üblichen Verhütungsmitteln haben Barrieremethoden die längste Tradition und werden am meisten benutzt. Mechanische Kontrazeptiva haben einige entscheidende Vorteile:

- sie müssen nur dann eingesetzt werden, wenn tatsächlich Geschlechtsverkehr stattfindet;
- sie greifen nicht in das Zyklusgeschehen ein;
- sie haben (meist) keine Nebenwirkungen;
- sie können jederzeit abgesetzt werden, wenn ein Kinderwunsch wach wird.

Nachteil der Barrieremethoden ist allerdings, dass sie in den Geschlechtsverkehr aktiv einbezogen werden müssen. Was dabei von manchen Menschen als störend empfunden wird ist die Tatsache, dass die Anwendung dieser Methoden eine Unterbrechung der sexuellen Handlungen bedeutet. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 93)

#### Die bekanntesten und am meisten angewendeten Barrieremethoden:

- Das Kondom (*‚Pariser‘*, *‚Gummi‘*): Das Kondom ist ein aus Latex oder aus Polyurethan bestehender, elastischer Schlauch, der kurz vor der Penetration und auf jeden Fall bevor der Penis die Vagina berührt, über den erigierten Penis gestülpt wird. Er fängt nach der Ejakulation die Spermien auf, kann dann abgezogen und entsorgt werden. Das Kondom ist eines der meist verwendeten Verhütungsmittel, nicht nur weil es für seine Benützung keine medizinische Voraussetzungen gibt, es im Gebrauch ungefährlich ist und jeder es ohne weiteres kaufen kann. Es ist vor allem das einzige Verhütungsmittel (neben dem *Femidom*), das auch vor sexuell übertragbaren Krankheiten schützt. Bei richtiger Anwendung schützen Kondome ziemlich sicher vor einer Schwangerschaft, der Pearl-Index liegt bei 0,6. (Hoffmann 2007, S. 96-100)
- Das Femidom: Das Femidom ist ein Kondom für die Frau, d.h. es schützt nicht nur vor einer ungewollten Schwangerschaft, sondern auch vor Infektionskrankheiten. Es besteht aus einer Polyurethan-Kunststoffhülle, die an jedem Ende einen flexiblen Ring hat. Der äußere der beiden Ringe liegt am Scheideneingang über den großen Schamlippen, der innere zwischen dem Schambein und dem hinteren Scheidengewölbe. Der Vorteil des Femidoms ist jener, dass die Frau es auch benutzen kann, wenn der Mann nicht dazu bereit ist, zu verhüten. Bei der richtigen Anwendung ist die Verhütungssicherheit mit der des Kondoms vergleichbar. (Hoffmann 2007, S. 100-101)
- Das Diaphragma: Das Diaphragma besteht aus einer Gummikappe aus Latex oder Silikon, die sich um eine kreisrunde, elastische Feder herumwölbt. Es wird ein bis zwei Stunden oder unmittelbar vor dem Geschlechtsverkehr in die Vagina eingeführt und über den Muttermund gestülpt, somit wird der Zugang für die Spermien versperrt. Zusätzlich zum Diaphragma muss eine *Spermizidcreme* oder *-gel* aufgetragen werden, damit der Schutz gewährleistet werden kann.



Nach dem Sex sollte es mindestens acht Stunden vor dem Muttermund aufgetragen bleiben, da die Spermien, trotz abtötenden Gels oder Creme, in der Scheide überleben können. Bei guter Pflege kann es bis zu zwei Jahren lang benutzt werden. Bei richtiger Anwendung kann die Verhütungssicherheit mit der des Kondoms verglichen werden. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 163-164)

- Chemische Barrieremethoden (Spermizide, Scheidezäpfchen): Chemische Kontrazeptiva wie Spermizide (spermienabtötende Cremen oder Gel) oder Scheidezäpfchen erzeugen in der Scheide eine chemische ‚Barriere‘, die die Spermien abtötet oder bewegungsunfähig macht. Spermizide werden meistens zusammen mit dem Diaphragma, Scheidezäpfchen hingegen alleine verwendet. Die Sicherheit chemischer Verhütungsmittel ist sehr eingeschränkt, v.a. auf Grund der häufigen falschen oder nachlässigen Anwendung. (Vgl.: Ausfelder 2004 a, S. 163-164)

#### **2.8.5.2 Hormonelle Kontrazeptiva (Funktion, Anwendung, Sicherheit)**

Hormonelle Kontrazeptiva sind Schätzungen zugrunde die am häufigsten benutzen Verhütungsmethoden weltweit. Bei dieser Art von Verhütungsmitteln wird eine Schwangerschaft in der Regel durch künstlich hergestellte Hormone, sogenannte *Gestagene* (zu denen auch Progesteron gehört), verhindert. Das Gestagen hemmt die Funktion der Eierstöcke und sorgt dafür, dass kein Follikel heranreift – der Eisprung findet nicht statt. Es verändert zudem die Zervixflüssigkeit, wodurch der Weg in die Gebärmutter für die Spermien verschlossen wird. Zuletzt verhindert es auch den Aufbau bzw. die Ausbildung der Gebärmutterschleimhaut, d.h. es wird kein ‚Samtkissen‘ gebildet. Reine Gestagenprodukte können unter Umständen zu einer *Amenorrhoe* führen, das bedeutet, dass keine Blutung eintritt. Bei Kombinationspräparaten ist das nicht der Fall, da diese einen zusätzlichen Östrogenanteil enthalten. Das Östrogen bewirkt, dass sich trotz des Gestagens die Gebärmutterschleimhaut dennoch in geringem Maße aufbauen kann, was zu einer sogenannten ‚Entzugsblutung‘ führt. Hormonelle Verhütungsmittel weisen laut verschiedener Untersuchungen die höchste Sicherheit auf. Aber auch hier gilt, dass sie nur dann sicher sind, wenn sie korrekt und konsequent angewendet werden. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 122-132)

### Allgemeine Nebenwirkungen bei der Einnahme von Hormonpräparaten:

- Zwischenblutungen, v.a. zu Beginn der Einnahme;
- Amenorrhoe (Ausbleiben der Blutung);
- Veränderungen des Körpergewichts (häufiger Gewichtszunahme als Gewichtsabnahme);
- Kopfschmerzen bis zu heftigen Migräneattacken;
- Stimmungsschwankungen, Depressionen;
- Lustlosigkeit und Verlust der Libido (Geschlechtstrieb). (Vgl.: Hoffmann 2007, S.143)

### Die bekanntesten und gängigsten hormonellen Kontrazeptiva:

- *Die Pille (Hormonpille):* Die Pille muss von einem Frauenarzt oder einer Frauenärztin verschrieben werden, ein ärztlicher Besuch ist daher notwendig, wenn man mit dieser Verhütungsmethode verhüten will. Sie muss jeden Tag – außer in der Einnahmepause – regelmäßig eingenommen werden, um die Verhütungssicherheit zu gewährleisten. Meist wird ein Rezept für eine Dreimonatsspillenpackung ausgestellt, was zur Folge hat, dass man einmal pro Quartal zum Arzt bzw. zur Ärztin gehen muss. Nach drei Wochen regelmäßiger Einnahme erfolgt eine einwöchige Einnahmepause – es kommt zur Entzugsblutung. Diese kann unter Umständen, durch die Weitereinnahme der Pille, fast beliebig lang hinausgezogen werden. Die Pille ist ein sehr sicheres Verhütungsmittel, ihr Pearl-Index liegt zwischen 0,1 und 0,9. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 143)
- *Der Nuva-Ring (Vaginalring):* Der Nuva-Ring ist ein biegsamer Kunststoffiring, der in die Vagina eingeführt wird und dort kontinuierlich Östrogen und Gestagen abgibt. Die Hormone gelangen über die Vaginalschleimhaut in die Blutbahn und wirken dort wie die Pille. Nach drei Wochen wird der Vaginalring aus der Scheide entfernt und nach einer einwöchigen Pause (Entzugsblutung) wird wieder ein neuer Ring eingeführt. Diese Art von Verhütung gewährleistet auch eine ziemlich hohe Sicherheit, der Pearl-Index liegt zwischen 0,4 und 0,65. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 145)
- *Das Verhütungspflaster:* Das Verhütungspflaster wird an einer trockenen und sauberen Hautstelle eines beliebigen Körperteils (Arm, Bauch, Po, Schultern,

usw.) geklebt. Dort gibt es konsequent eine Hormonmischung (Gestagene und Östrogene) ab, die über die Haut aufgenommen wird und im Blut genauso wirkt wie die Pille. Nach einer Woche wird das Pflaster entfernt und ein neues nicht genau auf die gleiche Hautstelle, sondern etwas versetzt, angebracht. Nach drei Wochen bzw. drei Pflastern, wird eine einwöchige Pause (Entzugsblutung) eingeführt, um danach die Behandlung wieder neu zu beginnen. Man kann mit dem Pflaster uneingeschränkt Sport treiben, Schwimmen oder in die Sauna gehen, muss nur immer kontrollieren, dass es danach noch gut genug haftet. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 146)

- *Das Hormonimplantat (Hormonstäbchen):* ist ein kleines Stäbchen, das vom Arzt oder von der Ärztin meist an der Innenseite des Oberarms unter der Haut eingesetzt wird. Dieses Stäbchen gibt hier kontinuierlich ein Gestagen ab, welches für die Verhütungswirkung zuständig ist, die bis zu drei Jahren erhalten bleibt. Sehr sicheres Verhütungsmittel, der Pearl-Index liegt bei 0 – 0,08. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 147)
- *Die Drei-Monats-Spritze:* Mittels einer Spritze wird eine hohe Dosis an Gestagenen in den Gesäßmuskel gespritzt. Diese Prozedur muss nur alle drei Monate wiederholt werden. Aufgrund der hohen Gestagendosis treten allerdings häufig ziemlich starke Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen auf. Dafür ist die Methode sehr sicher, ihr Pearl-Index liegt zwischen 0,3 und 0,8. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 148)

### **2.8.5.3 Natürliche Kontrazeptiva (Funktion, Anwendung, Sicherheit)**

Unter ‚natürlichen‘ Kontrazeptiva versteht man Methoden, die den Körper nicht manipulieren. Sie basieren darauf, die fruchtbaren Tage vor dem Eisprung möglichst genau zu bestimmen. Mit natürlichen Methoden zu verhüten bedeutet, den eigenen Körper und dessen natürlichen Rhythmus besser kennen zu lernen und sich nach ihm zu richten. Streng genommen sind natürliche Kontrazeptiva keine ‚richtigen‘ Verhütungsmethoden, sondern eher Methoden der ‚Empfängnisregelung‘, denn die Frau hat während des Eisprungs keinen Empfängnisschutz, außer sie benutzt zusätzliche Verhütungsmethoden. Die natürlichen Kontrazeptiva erfordern jedoch

eine intensive Kommunikation zwischen den Partnern, denn auch der Mann muss erfahren, wann die Frau ihre fruchtbaren Tage hat und somit die Gefahr einer Schwangerschaft besteht. Nur so kann das Paar bestimmen, ob zusätzlich verhütet wird oder der Geschlechtsakt durch eine andere Form der Intimität ersetzt wird. Diese Art der Kontrazeption hängt demnach mit besonders viel Verantwortung seitens beider Partner zusammen. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 62-65)

#### Die modernen natürlichen Verhütungsmethoden:

- Natürliche Familienplanung (NFP): bei dieser Methode beobachtet die Frau ihre morgendliche Aufwachtemperatur (die mit der Progesteronmenge ansteigt) und die Veränderungen der Zervixflüssigkeit (*Billings-Methode*) oder des Muttermundes (die von der Östrogenmenge beeinflusst werden). Um den Eisprung erhöht sich die Körpertemperatur leicht, die Zervixflüssigkeit wird flüssiger und cremiger und der Muttermund weicher und deren Öffnung etwas größer – was mit den Fingern ertastbar ist. Ihre Beobachtungen werden dann nach wissenschaftlich fundierten Regeln, sogenannte NFP-Regeln, individuell ausgewertet. Die Frau erfährt so allein durch die Beobachtung von Veränderungen ihres Körpers an welchen Tagen sie fruchtbar ist und an welchen keine Gefahr für eine Empfängnis besteht. Diese Methode erfordert jedoch eine hohe Konsequenz und Präzision, denn die verschiedenen Beobachtungen müssen täglich in ein bestimmtes Programm eingetragen werden, damit die fruchtbaren Tage mit hoher Sicherheit vorausgesagt werden können. Die Verhütungssicherheit der NFP-Methode erreicht nahezu die Sicherheit der Pille, der Pearl-Index liegt zwischen 0,2 und 0,6. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 68-85)
- Temperaturcomputer: es gibt mehrere Minicomputer, die das Messen der morgendlichen Temperatur und die Auswertung der Temperaturkurve in einem Arbeitsgang erledigen. Diese Geräte sind ungefähr handtellergroß, haben ein Thermometer, eine Auswertungssoftware und einen Display, auf dem täglich die Fruchtbarkeit angezeigt wird, d.h. wie groß die Wahrscheinlichkeit ist, dass eine Frau an diesem Tag schwanger werden kann. Einige Geräte bietet zusätzlich auch die Möglichkeit, mittels Teststreifen Hormonmessungen durchzuführen. Die Ergebnisse werden dann in den Computer eingegeben und gemeinsam mit der Temperatur ausgewertet. Diese Methode ist relativ einfach anzuwenden, es

genügt kurz nach dem Aufwachen für einige Minuten die Temperatur zu messen, der Rest (die Auswertung) erledigt der Computer von allein. Die Verhütungssicherheit dieser Minicomputer ist ziemlich gut, bei manchen Geräten beträgt der Pearl-Index 0,7. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 86-89)

- Hormoncomputer: Diese Art von Computer versucht die fruchtbare Zeit der Frau anhand der Restprodukte zweier Zyklushormone, die mit dem Urin ausgeschieden werden, zu identifizieren. Dabei muss die Frau an bestimmten Tagen ein Teststäbchen in ihrem Morgenurin halten und es danach in das Gerät einlegen. Dieses teilt ihr dann mit, ob sie fruchtbar oder unfruchtbar ist. Die Verhütungssicherheit ist deutlich niedriger, da die Messung zu selten erfolgt. Der Pearl-Index beträgt 6,2. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 89-93)
- Kalendermethode (Knaus-Ogino-Methode): diese Methode basiert auf der Tatsache, dass der Eisprung ziemlich genau 14 Tage (die Dauer der Gelbkörperphase) vor der nächsten Menstruationsblutung stattfindet. Um eine Befruchtung zu verhindern, soll man einige Tage vor und einige Tage nach diesem Tag auf (ungeschützten) Geschlechtsverkehr verzichten. Diese Methode ist nur einsetzbar, wenn die Frau einen regelmäßigen Zyklus hat und ihn schon mehrere Monate genau beobachtet und dokumentiert hat. Da dies jedoch bei keiner Frau der Fall ist und besonders Mädchen und junge Frauen einen relativ unregelmäßigen Zyklus haben, ist diese Methode nicht sehr empfehlenswert. (Vgl.: Ausfelder 2004, S. 173-174)
- Die „Aufpassermethode“ (*Coitus interruptus*): Wörtlich übersetzt bedeutet *Coitus interruptus* ‚unterbrochener Geschlechtsverkehr‘. Bei dieser Methode wird der Penis kurz vor dem Samenerguss aus der Vagina gezogen, die Ejakulation erfolgt außerhalb des weiblichen Körpers. Diese Verhütungsmethode ist allerdings sehr unsicher, da bereits im sogenannten ‚Lusttröpfchen‘ bzw. ‚Vortröpfchen‘ Samenflüssigkeit vorhanden sein kann, die befruchtungsfähige Spermien enthält. Der Pearl-Index dieser Methode liegt zwischen 4 bis 18. (vgl.: onmeda.de)

#### Allgemeine Sicherheit der natürlichen Kontrazeption

Den natürlichen Methoden wird in Bezug auf die Sicherheit wenig zugetraut, manchmal zu Unrecht. Die moderne Form der natürlichen Familienplanung erreicht

jedoch eine Sicherheit, die mit der Pille vergleichbar ist. Andere natürliche Methoden, wie die Kalendermethode, sind nicht besonders empfehlenswert, da sie ziemlich unsicher sind.

#### **2.8.5.4 Die Spirale**

Die ursprüngliche Spirale bestand aus einer Spiralfeder aus Plastik, die sich in der Gebärmutter in alle Richtungen ausdehnen konnte. Die moderne Spirale ist viel kleiner, sicherer und komfortabler. Man unterscheidet zwischen zwei Arten von Spiralen: die Kupferspirale und die Hormonspirale.

- Die Kupferspirale besteht aus einem feinen Kupferdraht, der um einen T-förmigen Plastikstift gewickelt ist. Die vom Kupferdraht abgegebenen Kupferionen wirken direkt auf die Gebärmutterschleimhaut: ihr Aufbau wird gehemmt und somit wird die Einnistung einer befruchteten Eizelle verhindert. Zudem verändert sie die Zervixflüssigkeit, wodurch die Beweglichkeit der Spermien verringert wird. Die Kupferspirale greift allerdings nicht in das normale Zyklusgeschehen ein.
- Die Hormonspirale gibt kontinuierlich ein Gestagen an die Gebärmutter ab (ihr Depot kann für sieben Jahre reichen). Das Gestagen wirkt meist lokal, hemmt den Aufbau und die Umwandlung der Gebärmutterschleimhaut und verändert die Zervixflüssigkeit, was zur Folge hat, dass die Einnistung einer befruchteten Eizelle verhindert bzw. die Beweglichkeit der Spermienzellen gehemmt wird.

Die Verhütungssicherheit ist bei beiden Spiralen ziemlich hoch, wobei die Hormonspirale etwas sicherer als die Kupferspirale ist (Pearl-Index 0,16 vs. 0,4 – 3). (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 109-121)

#### **2.8.5.5 Die Sterilisation**

Bei der Sterilisation handelt es sich um einen ärztlichen Eingriff, bei der die Samenleiter des Mannes (*Vasektomie*) bzw. die Eileiter der Frau (*Tubenligatur*) verschlossen oder durchtrennt werden. Diese Verhütungsmethode eignet sich für Menschen, die auf Dauer keine Kinder (mehr) haben wollen, da der Eingriff

irreversibel ist. Obwohl die Sterilisation beim Mann leichter durchzuführen ist, lassen sich mehr Frauen sterilisieren. In Deutschland sind das 8% der Frauen im gebärfähigen Alter im Gegensatz zu nur 2% aller Männer. Der Pearl-Index liegt bei der Frau zwischen 0,2 und 0,3, beim Mann zwischen 0,1 und 0,3. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 148-152)

### **2.8.6 Kontrazeptiva: Wirkprinzip und Sicherheit auf einem Blick**

<b>METHODE</b>	<b>WIRKPRINZIP</b>	<b>SICHERHEIT</b>
<i>Kondom</i>	Wird über den Penis gestülpt, verhindert den Übertritt des Spermas in die Vagina	Pearl-Index: ab 0,6
<i>Femidom</i>	Kunststoffschlauch, der mit zwei integrierten Gummiringen in der Vagina fixiert wird, verhindert den Übertritt des Spermas in die Vagina	Pearl-Index: ab 0,6
<i>Diaphragma</i>	Kappe mit einem Ring, die über den Gebärmuttermund gestülpt wird, verhindert den Übertritt des Spermas von der Vagina in die Gebärmutter, wird zusammen mit einer spermiziden Creme verwendet	Pearl-Index: ab 2,1
<i>Spermizide, Scheidezäpfchen</i>	Chemische Verhütungsmittel, die die Spermazellen abtöten oder bewegungsunfähig machen	Pearl-Index: 3 – 21
<i>Pille</i>	Hormonpräparat (meist Gestagenpräparate, auch Kombinationspräparate aus Gestagen und Östrogen), wird oral eingenommen, verhindert den Eisprung und verändert die Zervixflüssigkeit	Pearl-Index: 0,1 – 0,9
<i>Nuva-Ring</i>	Kunststoffring, der in die Vagina eingeführt wird und dort Hormone abgibt	Pearl-Index: 0,4 – 0,65

<i>Verhütungspflaster</i>	Hormonpflaster, das auf die Haut aufgeklebt wird und dort kontinuierlich Hormone an die Blutbahn abgibt	Pearl-Index: 0,7 – 0,9
<i>Hormonimplantat</i>	Hormonstäbchen, das unter der Haut implantiert wird, gibt dort Hormone in die Blutbahn ab	Pearl-Index: 0 – 0,8
<i>Drei-Monats-Spritze</i>	Ein Gestagendepot wird im Gesäßmuskel gespritzt, die Hormone gelangen in die Blutbahn und wirken hier wie die Pille	Pearl-Index: 0,3 – 0,8
<i>NFP – Natürliche Familienplanung</i>	Beobachtung der Temperatur und der Zervixflüssigkeit	Pearl-Index: 0,2 – 0,5 wissenschaftlich gut abgesichert
<i>Temperaturcomputer</i>	Messung der morgendlichen Temperatur mit Hilfe von extra dafür programmierte Mini-PCs	Pearl-Index: 0,7 – 3,8
<i>Hormoncomputer</i>	Messung des Hormongehaltes im Urin mit Hilfe von Teststreifen, die in spezifischen Geräten ausgewertet werden	Pearl-Index: 6,2
<i>Kalendermethode</i>	Die fruchtbaren Tage werden ‚manuell‘ berechnet und an diesen Tagen soll auf (ungeschütztes) Geschlechtsverkehr verzichtet werden	sehr unsichere Methode
<i>Coitus interruptus</i>	Der erigierte Penis wird kurz vor der Ejakulation aus der Vagina gezogen, sehr unsicher, da im Lusttröpfchen bereits Spermazellen vorhanden sein können	Pearl-Index: 4 – 18 extrem unsichere Methode
<i>Spirale</i>	Die Spirale wird in die Gebärmutter eingesetzt, wo sie kontinuierlich Kupferionen bzw. Hormone abgibt, die den Aufbau der Gebärmutterschleimhaut hemmen	Pearl-Index: 0,16 (Hormonspirale) 0,4 – 3 (Kupferspirale)
<i>Sterilisation</i>	Durchtrennung der Samen- bzw. Eileiter, Eingriff ist irreversibel	Pearl-Index: 0,1 – 0,3



### **2.8.7 Geeignete Verhütungsmethoden für junge Frauen**

Sex ist spannend, besonders wenn man noch nicht viel Erfahrung damit gemacht hat und es noch viel zu entdecken gibt. Sex wird aber auch von stürmischen und widersprüchlichen Gefühlen begleitet, vor allem wenn es sich um das ‚erste Mal‘ handelt. Viele Jugendliche haben Angst vor unangenehmen Erlebnissen oder Schmerzen, sind gleichzeitig aber voller Neugierde und Begierde. Die Macht der Libido, die bei den ersten sexuellen Kontakten ganz neu ist und einen umhauen kann, sorgt auch oft dafür, dass der Verstand sich komplett ausschaltet und die Lust den Vorrang nimmt. Wer denkt dann noch an die Verhütung? Oder wer will/kann das in so einer schönen aber auch prekären Situation ansprechen? Denn die Verhütung hängt eng mit der Sexualität zusammen, vor allem wenn man eine ungewollte Schwangerschaft verhindern will (was in den meisten Fällen, speziell bei Jugendlichen, der Fall ist). Verhütung ist wichtig, denn auch beim ‚ersten Mal‘ (mancher Volksweisheiten zu Trotz) kann eine Schwangerschaft eintreten. Aber wie soll man verhüten? Und vor allem wer ist für die Verhütung zuständig?

Auch wenn es nur wenig Verhütungsmethoden gibt, die Männer anwenden können (Kondom und Sterilisation) und im Zweifelsfall die Frau diejenige ist, die ein ungeplantes Kind austragen, gebären und großziehen muss, liegt die Verantwortung für die Verhütung nicht alleine bei der Frau, sondern bei beiden Partnern. Der Mann und die Frau müssen über Verhütung sprechen, wenn sie miteinander Sex haben wollen, was nicht immer ganz leicht ist, da es sich um ein sehr intimes Thema handelt. Da jedoch beide das Recht und die Verantwortung tragen, für Verhütung zu sorgen, bleibt einem nichts anderes übrig. Mit dem Partner bzw. der Partnerin über Verhütung zu sprechen, hat auch Vorteile. Man macht sich Gedanken über den eigenen Körper, über die Sexualität und die möglichen Folgen, die eigenen Moralvorstellungen und teilt all das dem Gegenüber mit. Dieser Vertrauensbeweis benötigt nicht selten Mut und die Überwindung von Scham.

Die meisten Jugendlichen, die sexuellen Kontakt zueinander haben, verhüten mit Kondomen. Kondome sind leicht zu erwerben, es ist kein Rezept oder Mindestalter erforderlich und zudem schützt es vor sexuell übertragbaren Krankheiten. Das größte Problem dabei, ist die richtige Anwendung: das Kondom muss rechtzeitig und richtig benutzt werden, was speziell bei Jugendlichen nicht immer leicht ist.

Gleichzeitig nehmen auch viele junge Frauen schon früh die Pille. Das hat vielerlei Gründe: einerseits steckt das politische Ziel dahinter, Teenagerschwangerschaften zu verhindern, andererseits wird die Pille nicht selten aus medizinischen Gründen verschrieben, auch wenn die Mädchen noch keinen Geschlechtsverkehr haben. Um die Akzeptanz der Pille zu erhöhen, wird ihr ein ‚Beauty-Effekt‘ zugeschrieben, und das nur, weil sie unter bestimmten Umständen Hautunreinheiten beseitigen kann. Es gibt allerdings Spekulationen darüber, dass die zu frühe Einnahme der Pille, besonders bei sehr jungen Mädchen, zu folgeschweren Nachwirkungen wie die Beeinträchtigung des Körperwachstums und der verminderten Fruchtbarkeit führen kann. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 157-161)

Kaum geeignete Verhütungsmethoden für Mädchen und junge Frauen sind die Dreimonatsspritze, die Hormon- bzw. Kupferspirale, das Diaphragma und natürliche Verhütungsmethoden wie die Kalendermethode oder die Zervixschleimmethode, da diese ein besonders hohes Maß an Disziplin und gute Körperkenntnisse bzw. ein gutes Körpergefühl erfordern. (Vgl.: Schoonbrood 2008, S.163-164)

### **2.8.8 Verhütung, die keine Verhütung ist – die Pille danach**

Im Laufe des Lebens passieren fast jeder Frau und jedem Mann Verhütungspannen. Die Situation und die Gründe, die zu einer Verhütungspanne führen können, sind sehr vielfältig. Will man in einer solchen Situation eine Schwangerschaft auf jeden Fall verhindern, so ist schnelles Handeln angebracht. Die ‚Pille danach‘ (*Postkoitalverhütung*) wäre eine der möglichen Lösungen. Sie ist jedoch ein Notfallmedikament und gehört nicht zu den Verhütungsmitteln. Die Hormonpille enthält eine einmalige und ziemlich hohe Dosis eines Gestagens (*Levonorgestrol*), das den Eisprung verzögert oder verhindert, so dass eine Befruchtung nicht möglich ist. Hat eine Befruchtung bereits stattgefunden, dann ist es für die ‚Pille danach‘ bereits zu spät. In diesem Fall wird entweder die Spirale danach eingesetzt (innerhalb der ersten fünf Tage nach der Verhütungspanne), die die Einnistung der Zygote (befruchtete Eizelle) in die Gebärmutter Schleimhaut verhindert oder es bleibt nur noch der Schwangerschaftsabbruch übrig. Der Schwangerschaftsabbruch ist aber alles andere als eine Verhütungsmethode und hat oft erhebliche physische und psychische Begleiterscheinungen zur Konsequenz.

Die Sicherheit der ‚Pille danach‘ ist sehr schwer zu beurteilen: sie versagt in etwa 10% der Fällen. Allgemein gilt: je weniger Zeit im Moment der Einnahme nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr verstrichen ist (ideal wäre innerhalb der ersten 72 Stunden), desto höher die Sicherheit. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 152-157)

## **2.9 Sexuell übertragbare Krankheiten**

---

Obwohl Sex zu den schönsten, gesündesten und beglückendsten Erfahrungen eines Menschen gehört, ist er nicht ganz ohne Risiken, wie uns die sexuell übertragbaren Krankheiten (auf Englisch: *sexually transmitted diseases*, kurz STD) bzw. Geschlechtskrankheiten zeigen. Geschlechtskrankheiten sind Krankheiten, die „durch Erreger verursacht [werden], die vorwiegend bei sexuellen Kontakten übertragen werden. Um deutlich zu machen, dass eine Infektion nicht zwangsläufig zu einer Erkrankung führt, wird auch die Bezeichnung STI für sexuell übertragbare Infektionen verwendet. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählt derzeit mehr als 33 sexuell übertragbare Erreger.“ (Vgl.: Pro-Familia Broschüre, S.4)

### **2.9.1 Die häufigsten und bekanntesten Krankheiten und ihre Symptomen**

- Chlamydieninfektion: Chlamydien sind bakterielle Kleinstlebewesen, die die Scheide oder die Blase befallen. Unbehandelte Chlamydieninfektionen können zu Kinderlosigkeit führen, denn sie verursachen zunächst keine Beschwerden und können somit über längere Zeit die inneren Geschlechtsorgane der Frau schädigen. Dabei können Chlamydieninfektionen mit Antibiotika erfolgreich behandelt werden.
- Herpes genitalis: Herpesviren werden durch Geschlechtsverkehr übertragen und verursachen Bläschen (ähnlich wie bei Lippenherpes) an den Schamlippen, der Vagina oder dem Penis. *Herpes genitalis* ist mit Hilfe von speziellen Salben bekämpfbar, aber da die Viren sich im Körper befinden, können die Bläschen immer wieder – besonders in Stresssituationen – auftreten.
- HPV-Infektion (*humane Papillomaviren*): HP-Viren sind weit verbreitet und etwa 25% der Frauen unter 30 sind Virusträgerinnen. Je nach Virustyp (es gibt mehr als 100) werden Feigwarzen im Bereich der Vulva, Vagina, Penis und After hervorgerufen bis hin zu Veränderungen der Muttermundzellen, die unbehandelt zu Gebärmutterhalskrebs führen können. Die meisten Infektionen bleiben jedoch ohne Symptome und werden von der körpereigenen Abwehr bekämpft.

Die Behandlung erfolgt abgestimmt auf den Virustyp. Als präventive Maßnahme gibt es seit 2007 Impfungen gegen bestimmte HPV-Typen.

- Gonorrhöe (Tripper): ist die am häufigsten sexuell übertragbare Krankheit. Die Erreger der Gonorrhöe heißen Gonokokken, eine Bakterienart, die sich auf den verschiedensten Schleimhäuten des Körpers vermehren können. Außerhalb dieser Milieus sind sie kaum lebensfähig, man wird daher ausschließlich durch intimen Körperkontakt infiziert. Die beständigsten Symptome sind Brennen und Schmerzen beim Wasserlassen, grüngelblicher Ausfluss, im Rachenraum (nach Oralverkehr) kann es zu Halsentzündungen und Schluckbeschwerden kommen. Für die Behandlung werden Penicilline eingesetzt, die die Krankheit einfach, rasch und wirkungsvoll heilen.
- Syphilis (Lues): ist die gefährlichste und hinterhältigste Geschlechtskrankheit. Übertragen wird sie durch ein Bakterium, das durch Geschlechtsverkehr oder durch Blut-zu-Blut Kontakt von Körper zu Körper wandert. Der Verlauf von Syphilis wird in drei Stadien unterteilt und dauert oft sehr lang (sogar mehrere Jahre), was oft ein frühzeitiges Erkennen der Krankheit verhindert. Findet keine rechtzeitige Behandlung statt, breiten sich die Erreger mittels Blutbahn im ganzen Organismus aus. Langfristig können schwerwiegende Symptome und Beschwerden wie Blindheit, Lähmungen und Gehirnschädigungen auftreten, in manchen Fällen kann sogar der Tod eintreten.
- Pilzinfektionen (Candida albicans): Pilzinfektionen der Scheide (*Vaginalmykose*) sind nicht selten und sehr viele Frauen leiden darunter, im speziellen jene Frauen, von denen das ökologische Gleichgewicht der Vaginalfauna gestört ist. Pilzinfektionen führen zu Juckreiz, Brennen und Rötungen und werden oft von einem verstärkten Ausfluss begleitet. Die Behandlung erfolgt mittels Antimykotika, die in Form von Salben, Vaginalzäpfchen und Tabletten erhältlich sind.
- Genitale Trichomoniasis: die Erreger (sog. Trichomonaden) sind einzellige Mikroorganismen, die in der menschlichen Harnröhre und Harnblase vorkommen. Auftretende Symptome bei dieser Krankheit sind Brennen beim Wasserlassen und einen übel riechenden, gelblich-schaumigen Ausfluss, die nach einer medikamentösen Behandlung beider Partner rasch abklingen.

- Filzläuse (*Schamläuse*): sind winzige, mit dem Auge erkennbare, flache Tiere, die in den Schamhaaren leben, sich dort vermehren und einen hartnäckigen Juckreiz verursachen. Die Übertragung erfolgt meist durch engen Körperkontakt oder durch infizierte Bettwäsche, Bettlacken oder Handtücher. Bekämpft werden sie mit Insekten abtötenden Shampoos oder Salben.
- Skabies (*Krätze*): diese Krankheit wird von einer Milbe verursacht, die sich in die Haut einbohrt und extremen Juckreiz verursacht. Die Behandlung der Krätzmilbe ist ähnlich der Behandlung von Filzläusen. (Vgl.: Schoonbrood 2008, S.194; Haeberle 1985, S. 131)

### **2.9.2 Ansteckung, Verlauf und Risiken**

Wie eine *Ansteckung* erfolgt, ist vom jeweiligen Erreger abhängig: manche Erreger werden durch Blut-zu-Blut-Kontakt übertragen, andere durch Körperflüssigkeiten und Schleimhäute, bei manchen genügt schon ein enger Körperkontakt (Petting oder Küssen) oder der Kontakt mit infizierten Gegenständen (Badetücher, verschmutzte Toiletten, schmutzige Unterwäsche, usw.). Die höchste Ansteckungsgefahr besteht jedoch bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr. (Vgl.: Pro-Familie Broschüre, S.4)

Der *Verlauf* sexuell übertragbarer Krankheiten ist sehr unterschiedlich. Bei einigen tauchen Beschwerden erst nach einiger Zeit auf, sind nicht besonders stark und verfliegen meist von selbst oder verursachen Langzeitschäden wie Unfruchtbarkeit (Syphilis). Bei den meisten jedoch treten bereits kurz nach der Ansteckung *Symptome* wie Juckreiz und Rötungen, Ausfluss, Brennen beim Wasserlassen, Bläschen oder Warzen, Entzündungen an den Genitalien, usw. auf. Solche Krankheitszeichen sollten nicht übersehen werden, denn sie weisen ziemlich eindeutig auf eine Erkrankung hin und bedürfen der sofortigen Behandlung mit Antibiotika oder Antimycotika. Bakterielle und mykotische Erkrankungen können ziemlich erfolgreich behandelt werden, Virusinfektionen (z.B.: der Herpesvirus) hingegen können nur vorübergehend behandelt werden, denn wenn der Virus einmal im Körper ist, kann er immer wieder ausbrechen.

Erkennt und behandelt man eine Geschlechtskrankheit ziemlich schnell, so sind die *Risiken* eher beschränkt. Erfolgt keine rechtzeitige Behandlung, so kann es in weiterer Folge zu ernsthaften und teilweise nicht mehr heilbaren Schäden

(Leberzirrhose bei Hepatitis B) bis hin zur Unfruchtbarkeit (Chlamydieninfektionen, Gonorrhöe) oder erhöhter Krebsgefahr (Gebärmutterhalskrebs bei HPV-Infektion) kommen. (Vgl.: Pro-Familie Broschüre)

### **2.9.3 Möglichkeiten der Prävention**

Folgende Maßnahmen dienen der Verminderung bzw. Vermeidung einer Ansteckung sexuell übertragbarer Krankheiten:

- die Benutzung von Kondomen,
- Impfungen (Hepatitis B, HPV),
- Hygiene (v.a. im Intimbereich),
- Treue zwischen zwei gesunden Partnern,
- das Vermeiden wechselnder sexueller Partnerschaften. (Vgl.: Schoonbrood 2008, S. 188)

### **2.9.4 HIV und AIDS**

HIV steht für *Human Immunodeficiency Virus*, was so viel bedeutet wie menschliches Immunschwäche-Virus. Dieses Virus führt zu einer(m) erworbenen Schwäche(-Syndrom) des eigenen Immunsystems, abgekürzt mit AIDS (= *Acquired Immune Deficiency Syndrom*). „Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt es derzeit weltweit rund 42 Millionen HIV-Infizierte, darunter 2,5 Millionen Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren. In Deutschland zählte man bislang etwa 43.000 HIV-Infizierte“ (Vgl.: Schoonbrood 2008, S. 188), wobei die Tendenz der Neuinfektionen steigend ist. In Österreich wurden seit dem HIV-Entdeckungsjahr 1985 bis zum Jahr 2009 2.710 Erkrankungsfälle an AIDS gemeldet. (Vgl.: statistik.at)

Die Übertragung des HI-Virus erfolgt durch Körperflüssigkeiten wie Blut (auch Menstruationsblut), Vaginalsekret oder Sperma und durch die Muttermilch. Sex ohne Kondom ist – neben den gebrauchten Injektionsnadeln bei Drogendealern – daher der häufigste Infektionsweg. Besondere Risikogruppen sind Homosexuelle, Bisexuelle und Drogenabhängige. Auch die Übertragung des HI-Virus von einer Schwangeren auf ihr Kind – sowohl während der Schwangerschaft, bei der Geburt

oder bei der Stillzeit – ist möglich. Wird dies jedoch früh genug erkannt, ist es bereits möglich, durch eine geeignete Therapie die Übertragung von der Mutter auf das Kind zu vermeiden. Durch Urin (gemeinsame Toilettennutzung), Speichel (Küssen), Schweiß (Händeschütteln) oder Tränenflüssigkeit ist eine Ansteckung hingegen nicht möglich.

Um Gewissheit darüber zu erlangen, ob man das HI-Virus in sich trägt, muss man einen sogenannten ‚HIV-Antikörper-Test‘ machen (oft fälschlicherweise als ‚AIDS-Test‘ bezeichnet). Bei einem negativen Ergebnis werden keine Antikörper und somit keine HI-Viren nachgewiesen. Ist der Test hingegen positiv, bedeutet das, dass sich HI-Viren im Blut befinden und somit ein Ausbrechen der Krankheit – allerdings erst nach etlichen Jahren – erfolgen wird.

HIV-Infizierte merken oft nicht, dass sie eine virale Infektion haben, da sich die Viren zuerst vermehren müssen. Nach einigen Wochen können für eine kurze Zeit Primärsymptome wie fieberhafte Erkältungen oder Durchfall auftreten. Dann erfolgen in der Regel einige fast symptomfreie Jahre, in denen das Virus im Körper verweilt. Nach einigen Jahren ‚erwacht‘ es wieder aus seinem Schlaf, beginnt sich wieder zu vermehren und es treten dann erste typische Anzeichen einer Immunschwäche auf: allgemeine Schwäche, ständiger Durchfall und Lungenentzündung. Nun bricht die eigentliche AIDS-Krankheit aus: der Patient bzw. die Patientin wird immer schwächer, die Gehirnfunktion wird beeinträchtigt, das Nervensystem leidet und das Immunsystem wird immer schwächer, bis schließlich der Tod eintritt. Dank der – immer besser werdenden – Behandlungsmethoden liegen zwischen Infektion und dem Tod im Durchschnitt acht bis zehn Jahre. Trotzdem ist AIDS nach wie vor eine unheilbare Krankheit, vor der es sich zu schützen gilt und bei der weiterhin intensive Prävention betrieben werden soll.



## **2.10 Schwangerschaft und Geburt**

---

Von der Empfängnis bis zur Geburt eines Kindes ist der Weg sehr weit und ziemlich kompliziert. Es müssen eine Reihe vieler kleiner Schritte präzise gegangen werden, bestimmte Substanzen müssen gebildet werden und im richtigen Moment besondere Impulse an den richtigen Stellen auslösen. Es ist ein komplexes Zusammenspiel zwischen Hormonen, Organen und dem richtigen Timing zwischen Mann und Frau. (Vgl.: Hoffmann 2007, S. 169)

### **2.10.1 Der ‚Sexualakt‘ - die körperliche Vereinigung von Mann und Frau**

Der Beginn einer Schwangerschaft auf ‚natürlichem‘ Wege erfolgt durch die sexuelle Vereinigung (*Koitus*) zwischen zwei Menschen. Stehen ein Mann und eine Frau in einer Beziehung zueinander, so kommen sie sich auch körperlich näher und beide werden dabei sexuell erregt. Beim Sexualakt (auch Liebe machen oder miteinander schlafen) dringt dann der Mann mit seinem erigierten Penis in die feuchte Vagina der Frau ein und ejakuliert beim Orgasmus bis zu 300 Millionen Samenzellen. Erfolgt dabei keine Verhütung, wandern die Spermazellen – angelockt von einem maiglöckchenartigen Duft, der von der Eizelle ‚versprüht‘ wird – entlang der Vagina, den Gebärmutterhals hindurch, durchschwimmen die Gebärmutter bis hin zu dem Eileiter, aus dem – wenn die Frau gerade fruchtbar ist – die befruchtungsfähige Eizelle kommt. Nun kommt es zur Verschmelzung der Keimzellen. (Vgl.: Schütz/Kimmich 2006; Hatt/Dee 2008; Ausfelder 2004 a)

### **2.10.2 Die Verschmelzung der Keimzellen**

Einmal im Monat reift in einem der Eierstöcke der Frau eine Eizelle heran. Sobald die Eizelle reif ist, verlässt sie den Eierstock, wird von den Flimmerhärchen des Eileiters aufgefangen und – mittels kleiner wellenartiger Bewegungen des Eileiters – bis in die Gebärmutterhöhle geschoben. Trifft die Eizelle auf ihrem Weg eine befruchtungsfähige Spermazelle, dann kann es zu einer Verschmelzung der beiden Keimzellen kommen. (Vgl.: Schütz/Kimmich 2006, S. 19) Ob es tatsächlich zu einer Befruchtung kommt, hängt von vielen Faktoren ab. Einer der wichtigsten ist dabei

das richtige Timing. Der Zeitraum der Lebensspanne der Eizelle muss mit dem Zeitraum der Lebensspanne der Spermazelle übereinstimmen. Nach dem Eisprung ist die Eizelle für 12 +/- 6 Stunden befruchtbar.<sup>1</sup> Die Spermazellen können hingegen im Körper der Frau wesentlich länger überleben. Im richtigen Milieu kann eine ausreichende Zahl von Spermien drei bis vier Tage befruchtungsfähig bleiben, in speziellen Fällen sogar bis zu sieben Tagen.<sup>2</sup> Treffen nun eine fruchtbare Eizelle und eine befruchtungsfähige Spermazelle gleichzeitig aufeinander, kann es im Eileiter zu einer Verschmelzung kommen. Dazu erfolgen eine Reihe fein abgestimmter Prozesse: die Eizellhülle (*Zona pellucida*) überprüft zunächst mit Hilfe bestimmter Proteinen, ob die Spermazellen kompatibel sind, d.h. ob sie der gleichen Art angehören. Handelt es sich tatsächlich um menschliche Spermien, so bewirkt ein Signalprotein der Eizellhülle eine bestimmte Reaktion seitens der Spermazelle. Diese öffnet einen taschenförmigen Vorbau (*Akrosom*), der mit Enzymen gefüllt ist. Die Enzyme lösen nun die Eizellhülle auf und die Spermazelle kann hindurchschlüpfen (dieser Vorgang dauert ungefähr 20 Minuten). Sobald die Spermazelle mit der Eizelle verschmolzen ist, verändert die Eizelle ihre Hülle, sodass keine Spermien mehr eindringen können und keine weitere Befruchtung erfolgen kann. Eine neue Zelle ist nun entstanden, die sogenannte *Zygote* (= befruchtete Eizelle). Die Zygote enthält die Eizelle mit der genetischen Information der Mutter und die Samenzelle mit der DNA des Vaters. Diese zwei Zellkerne verschmelzen miteinander und beginnen sich zu teilen – es entsteht ein genetisch neues und einzigartiges Individuum. (Vgl.: Hoffmann, S. 170-173)

### **2.10.3 Ein Mädchen oder ein Junge?**

Sowohl die Eizelle als auch die Samenzelle tragen keinen doppelten Chromosomensatz in sich, wie die übrigen Körperzellen. Unter einem Chromosom versteht man ein fadenförmiges Gebilde, das aus verdrehten Genketten besteht.

---

<sup>1</sup> Vgl.: Schütz/Kimmich (2006): 12 Stunden (S. 19)  
Hoffman (2007): 6 bis 12 Stunden (S. 170)  
Haeberle (1985): weniger als 24 Stunden (S. 76)

<sup>2</sup> Vgl.: Hoffman (2007): drei bis vier Tage (S. 170)  
Haeberle (1985): Nachweis lebender Spermien mit einem Alter von fünf Tage (S. 76)  
Hatt/Dee (2010): manche (Spermien) lassen sich allerdings bis zu einer Woche Zeit (um zur befruchtungsfähigen Eizelle zu kommen) (S. 162)

Diese Genketten tragen die genetische Erbinformation des ganzen Körpers in sich. Eine normale Körperzelle besitzt 46 Chromosomen. Davon stammen die Hälfte von der Mutter und die andere Hälfte vom Vater. Die Keimzellen (Ei- und Samenzelle) tragen hingegen nur 23 Chromosomen in sich. Sobald sie jedoch miteinander verschmelzen, entsteht wieder eine Zelle mit 46 Chromosomen. Die Zygote hat damit wieder einen ganzen, einen doppelten Chromosomensatz und trägt wieder zur Hälfte die väterlichen und zur Hälfte die mütterlichen DNA (Erbinformation) in sich. Die Zygote teilt sich nun und daraus entsteht eine Vielzahl an Körperzellen, die den Embryo bilden. Ob aus dem Embryo später ein Junge oder ein Mädchen wird, wird bereits bei der Befruchtung der Eizelle vom sogenannten Geschlechtschromosom bestimmt. Ein Mädchen besitzt die Geschlechtschromosomenkonstellation XX, ein Junge hingegen die Geschlechtschromosomenkonstellation XY. Das Geschlechtschromosom der Frau besteht demnach aus zwei X-Chromosomen, das des Mannes aus einem X- und einem Y-Chromosom. Ein X-Chromosom kommt dabei immer von der Eizelle, das bedeutet, dass das Geschlechtschromosom, das vom Mann beigesteuert wird (das entweder ein X-Chromosom oder ein Y-Chromosom ist), das Geschlecht des Kindes bestimmt. Da die Samenzellen jeweils nur eines der beiden Geschlechtschromosomen besitzen, gibt es demzufolge ‚X-Spermien‘ und ‚Y-Spermien‘. Verschmilzt ein ‚X-Spermium‘ mit der Eizelle, dann wird es ein Mädchen, verschmilzt hingegen ein ‚Y-Spermium‘ mit der Eizelle, so wird es ein Junge. (Vgl.: Hoffmann, S. 173-174)

#### **2.10.4 Von der Segmentation bis zur Implantation**

Nach der Befruchtung, auf dem Weg Richtung Gebärmutter, beginnt die Zygote sich zu teilen. Bei dieser *Segmentation* (Zellteilung) entsteht eine Zellkugel, die als *Morula* (Furchungskugel) bezeichnet wird. Die Morula entwickelt sich weiter und es entsteht ein hohler Zellball, die sogenannte *Blastozyste* (Keimball). Nach fünf bis sechs Tagen erreicht die Blastozyste die Gebärmutter und nistet sich dort in das vorbereitete ‚Samtkissen‘ (aufgebaute Gebärmutterschleimhaut) ein. Dieser Vorgang wird *Implantation* (= Einnistung) genannt, und mit seinem Anschluss hat die Schwangerschaft begonnen. Hat sich die Zygote bis zu diesem Zeitpunkt nicht in eine Blastozyste verwandelt oder ist das *Endometrium* (= Gebärmutterschleimhaut)

nicht reif für ihre Aufnahme, kann keine Schwangerschaft entstehen, die Blastozyste stirbt ab und löst sich auf. In seltenen Fällen nistet sich die Blastozyste in einem Eileiter oder in der Bauchhöhle ein. In so einem Fall spricht man dann von einer Eileiter- oder Bauchhöhlenschwangerschaft. Bei einer solchen Schwangerschaft kann sich kein Kind entwickeln und sie ist für die Frau meist lebensbedrohlich, sie muss daher operativ abgebrochen werden.

Erfolgt bei der Zygote eine unvollständige Teilung, so können zwei Zygoten entstehen. Aus jeder einzelnen Zygote entwickelt sich eine Blastozyste, die sich dann in das Endometrium einnisten und zu einer eineiigen Zwillingschwangerschaft führt. Reifen hingegen mehrere Eizellen heran und werden gleichzeitig befruchtet, so kann es zu einer zweieiigen Zwillings- oder zu einer Mehrfachschwangerschaft (Drillinge, Vierlinge) kommen.

### **2.10.5 Die Embryonalentwicklung**

Mit der Implantation beginnt die Schwangerschaft und damit die eigentliche Entwicklung des ungeborenen Kindes. Die Dauer einer Schwangerschaft wird nicht vom Zeitpunkt der Implantation berechnet, sondern vom Zeitpunkt der letzten Menstruation der Frau an. Vom Beginn der letzten Menstruation bis zur vollständigen Entwicklung des Kindes und somit zu seiner Geburt verstreichen in der Regel 280 Tage (10 Monate zu je 28 Tagen), das sind genau 40 Wochen. In diesen Wochen entwickelt sich aus einem kleinen Zellhaufen Schritt für Schritt ein menschliches Wesen. Dieser Vorgang kann in drei hauptsächlichen Entwicklungsstufen unterteilt werden (Vgl.: Haeberle S.79-80, Faller/Schünke, S. 567-572):

- Die **Frühentwicklung** (auch Stadium der Zygote) erfolgt in der ersten bis zur dritten Woche. In diesem Stadium entwickelt sich aus der befruchteten Zygote zuerst die Morula und dann die Blastozyste. Diese nistet sich in das Endometrium ein und bildet eine Keimscheibe, die sich in mehrere Schritte differenziert und aus der sich in weiterer Folge der Embryo bildet.
- Die **Embryonalentwicklung** (auch Stadium des Embryos): mit dem Wort Embryo bezeichnet man den wachsenden Organismus von der vierten bis zur achten Schwangerschaftswoche. In dieser Zeit beginnt die Ausbildung der

Körperform. Der Kopf wächst sehr schnell und nimmt 1/3 der Gesamtlänge des Embryos ein. In der fünften Woche beginnen sich die Gliedmaßen heranzubilden und es nimmt langsam menschliche Züge an. Gleichzeitig bildet sich zwischen Embryo und Gebärmutter ein besonderes Barriere- und Austauschorgan, die *Plazenta* (Mutterkuchen). Sie dient dem Schutz und der Ernährung des heranwachsenden Keimes und übernimmt den Gas- und Stoffaustausch zwischen mütterlichem und kindlichem Blut, wobei die einzelnen Blutkreisläufe ständig voneinander getrennt sind.

- Ab der 9. Schwangerschaftswoche spricht man von der **Fetalentwicklung** (auch Stadium des Fetus). In diesem Stadium kommt es zur Differenzierung der inneren Organe und zum Wachstum der Organsysteme. Man kann nach und nach das Gesicht, die Arme und Finger, die Beine, Füße und Zehen erkennen. Danach erfolgt mit unterschiedlicher Geschwindigkeit (am Anfang eher langsam, ab der 27. Woche immer schneller) das Wachstum des Fetus. Während der gesamten Entwicklung wird der Fetus von einem mit Flüssigkeit gefüllten Beutel, der *Amnionhöhle*, geschützt. Mit Hilfe des Ultraschalls kann eine sehr genaue Kontrolle des fetalen Wachstums erfolgen. Da der Kopf des Fetus bei der Ultraschalluntersuchung gut sichtbar ist, wird der Abstand der beiden Scheitelbeine gemessen (biparietaler Durchmesser, der bei der Geburt 9 cm beträgt). Multipliziert man diesen Abstand mit 5,5, so erhält man die ungefähre Körperlänge des Fetus bei der Geburt in cm ( $9 \times 5,5 \sim 50$  cm).

#### **2.10.6 Veränderungen in der Schwangerschaft**

Eine Schwangerschaft bewirkt eine Reihe von körperlichen und psychischen Veränderungen, die jedoch bei jeder Frau unterschiedlich erlebt werden. Dennoch gibt es einige Veränderungen, die vermehrt auftreten:

- In den ersten Wochen sind die Brüste extrem empfindlich und sie vergrößern sich bereits ein bisschen. Leichte Schwindelanfälle und Übelkeit sowie ‚Lustanfälle‘ auf bestimmte Speisen treten bei vielen Frauen auf.
- In den ersten drei bis sechs Monaten nimmt die Müdigkeit und die Übelkeit ab. Die Blutmenge im mütterlichen Kreislauf nimmt zu und das Herz steigert seine Pumpleistung. Die Gebärmutter wächst ständig, der Fetus wird immer größer

und die Frau nimmt an Gewicht zu.

- Ab dem 7. Monat leiden manche Frauen verstärkt an Krämpfen in den Beinen. Der Bauch wird immer größer, der Fetus drückt auf die der Gebärmutter herumliegende Organe (z.B. Blase, Lunge, Magen, Darm) und die Brüste vergrößern sich und beginnen bereits mit der Milchproduktion. In der ganzen Schwangerschaft nimmt die Frau etwa 10-12 kg zu, dieses Übergewicht bildet sich aber in der Regel nach der Geburt wieder langsam zurück.
- Durch die Hormonumstellung des Körpers kann das seelische Befinden einer Frau während der Schwangerschaft stark beeinflusst werden. Es treten vermehrt Stimmungsschwankungen auf, die sich abhängig vom Stadium der Schwangerschaft verändern können.

### **2.10.7 Die Phasen der natürlichen Geburt**

Kurz bevor es zur Geburt kommt, dreht sich der Fötus mit dem Kopf Richtung Beckenöffnung. Die Hirnanhangsdrüse schüttet nun Hormone aus, die den Geburtsvorgang auslösen. Der Schleimpfropf, der die Gebärmutter verschließt, löst sich auf, die Fruchtblase platzt und die *Wehen* (= unwillkürliches Zusammenziehen der Gebärmuttermuskulatur) treten ein.

- Die **Eröffnungsphase**: durch die Wehen wird das ungeborene Kind sanft nach unten gepresst. Sein Kopf drückt dabei gegen den Ausgang der Gebärmutter und öffnet dabei langsam den Muttermund. Diese Phase kann länger dauern und bereitet der Gebärenden oft starke Schmerzen, da sie mit einer ziemlich starken körperlichen Anstrengung verbunden ist.
- Die **Austreibungsphase** oder **Pressphase**: sobald der Geburtskanal offen ist, kann die Frau die Geburt aktiv unterstützen, indem sie mitpresst. Die Abstände zwischen den Wehen werden immer kürzer und mit jeder Presswehe wird der Körper des Fetus nach unten geschoben. Sein Kopf weitet dabei die dehnbare Vagina, so dass der Körper hinausgedrückt werden kann.
- Die **Geburt**: Sobald der Kopf des Kindes geboren ist, füllen sich seine Lungen bereits mit Luft. Bei zu schnellem Austritt des Kopfes kann es zu einem

sogenannten Dammriss kommen, eine Verletzung zwischen dem Scheidenausgang und dem After. Als nächstes erscheinen die Schultern des Kindes und dann gleitet der ganze Körper ziemlich rasch aus der Vagina. Das Kind ist geboren und ist nur noch durch die Nabelschnur mit der Mutter verbunden. Seine Haut ist noch mit einer weißlichen Schmiere überzogen, die es im Fruchtwasser geschützt hat. Das Kind schreit mit dem ersten Atemzug zum ersten Mal und wird der Mutter auf den Bauch gelegt. Reife Kinder haben bei der Geburt eine Scheitel-Fersen-Länge zwischen 49-51 cm und wiegen durchschnittlich 3,2 kg (Mädchen) bis 3,4 Kg (Jungen).

- Die **Abnabelung**: nach der Geburt beginnt die Plazenta sich abzulösen, dadurch nimmt die Sauerstoffversorgung über die Nabelschnur ab. Da das Neugeborene jedoch bereits von alleine atmet, kann die Nabelschnur nach einiger Zeit abgeklemmt und abgeschnitten werden. Dort wo die Nabelschnur aus dem Körper des Kindes ausgetreten ist, bleibt eine kleine Narbe übrig – der Bauchnabel.
- Die **Nachgeburt**: nach der Geburt des Kindes befindet sich die Plazenta noch in der Gebärmutter. Diese wird mit den letzten Wehen als Nachgeburt ausgestoßen und von der Hebamme, einem Arzt oder einer Ärztin kontrolliert, damit keine Rückstände, die zu Infektionen führen können, im Körper der Frau übrigbleiben. (Vgl.: Schütz/Kimmich S. 28-32)

## 2.11 Abtreibung

---

Im Verlauf einer Schwangerschaft können Komplikationen auftreten, die die fortschreitende Entwicklung des Embryos vorzeitig beenden und zu einer spontanen Abstoßung desselben führen. Dieser unbeabsichtigte Abbruch einer Schwangerschaft wird **Abort** (*Fehlgeburt*) genannt. Wird hingegen das Ende einer Schwangerschaft – weil sie unerwünscht ist (v.a. bei Teenagern) oder unter besonderen Umständen (Vergewaltigung) zustande gekommen ist – durch einen medizinischen Eingriff oder durch Medikamente absichtlich herbeigeführt, dann spricht man von einer **Abtreibung** (*Schwangerschaftsabbruch*).

### 2.11.1 Ablauf und Methoden einer Abtreibung

*„Die meisten Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland werden innerhalb von vierzehn Wochen nach Beginn der letzten Regelblutung (das entspricht zwölf Wochen nach der Befruchtung) vorgenommen.“* (Vgl.: Pro-Familie Broschüre) Je nach dem in welchem Stadium sich die Schwangerschaft bereits befindet, werden unterschiedliche Methoden angewendet. Allgemein gilt, je früher der Eingriff gemacht werden kann, desto geringer ist die Gefahr von auftretenden Komplikationen:

- Instrumentelle Abtreibung:
  - **Absaugmethode** (auch Vakuumaspiration oder Saugkürettage): bei dieser Methode wird *„nach Dehnung des Gebärmutterhalses ein Tubus, der an eine Absaugpumpe angeschlossen ist, in den Uterus eingeführt. Embryo und Plazenta werden von einem Unterdruck durch den durchsichtigen Tubus aus dem Uterus in eine Auffangflasche gesaugt.“* (Vgl.: Haeberle 1985, S. 118)
  - **Kürettage:** *„Die Kürettage ist eine ältere Methode: zunächst wird der Gebärmutterhals erweitert. Ein löffelähnliches Instrument (die Kürette) wird in den Uterus eingeführt. Mit der Kürette schabt der Arzt dann Embryo, Plazenta und Schleimhaut von der Uteruswand ab. Die Operation wird in Narkose in einer Klinik durchgeführt.“* (Vgl.: Haeberle 1985, S. 118)
  - **Hysterotomie:** *„Die Hysterotomie stellt eine Art kleinen Kaiserschnitt dar. Durch einen Schnitt in den Unterleib wird die Gebärmutter geöffnet und Fötus*



und Plazenta herausgenommen.“ (Vgl.: Haeberle 1985, S. 118) Diese Methode wird bei einer fortgeschrittenen Schwangerschaft angewendet und wird in einem Krankenhaus durchgeführt.

- Medikamentöse Abtreibung:

- Die **Abtreibungspille** (RU 486/Mifegyne): *„Die Abtreibungspille Mifegyne ist ein ‚Medikament‘ mit dem Frauen bis zum 49. Tag der Schwangerschaft abtreiben können.“* (Vgl.: [www.schwangerschaft.at](http://www.schwangerschaft.at)) Der Wirkstoff der Abtreibungspille heißt *Mifepriston*. Mifepriston ist ein künstliches Hormon, das dem natürlichen Hormon Progesteron ähnelt. Das Progesteron bewirkt die Entwicklung und Erhaltung einer Schwangerschaft. Auf Grund seiner Molekülähnlichkeit blockiert das Mifepriston die Progesteron-Rezeptoren, wodurch die Wirkung des Progesterons unterbunden wird, was zum Schwangerschaftsabbruch führt. Es kommt zu einer Blutung, begleitet von Kontraktionen der Gebärmutter (ähnlich wie bei einem spontanen Abort), wodurch die Schwangerschaft beendet wird. (Vgl.: Pro-Familie Broschüre)

### **2.11.2 Risiken der Abtreibung**

*„Wie bei jedem medizinischen Eingriff können auch bei einem Schwangerschaftsabbruch Komplikationen eintreten. [...] Beim instrumentellen Abbruch kann es zu Nachblutungen und Entzündungen kommen, die im Allgemeinen gut behandelt werden können.“* (Vgl.: Pro-Familie Broschüre) Geschieht das nicht rechtzeitig, kann es bei unbehandelten Entzündungen auch zu schwerwiegenden Folgen wie die Verklebung der Eileiter, die zur Unfruchtbarkeit führen können, kommen. Weitere Risiken beim instrumentellen Abbruch sind Verletzungen der Gebärmutter und Narkoseunverträglichkeiten.

Die schwersten und am wenigsten abschätzbaren Folgen sind die psychischen Risiken einer Abtreibung. Wie der Abbruch verarbeitet wird, hängt von den Einstellungen, der psychischen Verfassung und den Lebensumständen der Frau ab. Neben Gefühlen der Erleichterung können auch Trauer, Niedergeschlagenheit und Schlaflosigkeit auftreten, die – langfristig gesehen – zu schweren Depressionen und einem gestörten seelischen Gleichgewicht führen können.

### 2.11.3 Abtreibung und das Gesetz

Im späten 19. Jh. wurden aus medizinischen Gründen Verbotsgesetze gegen den Schwangerschaftsabbruch erlassen, da es sich um eine sehr riskante Operation handelte, die zum Tod der Frau führen konnte. Mittlerweile hat die Medizin große Fortschritte gemacht und heute ist eine Abtreibung fast schon ein (medizinisch gesehen) ‚Routineeingriff‘<sup>3</sup>, was eine Auflösung der Verbotsgesetze zur Folge hatte. Dennoch besteht *„nach wie vor eine heftige Auseinandersetzung zwischen Frauen, Ärzten und Politikern, Repräsentanten der Kirche und der Rechtssprechung, ob und in welcher Weise man Schwangerschaftsabbrüche zulassen soll.“* (Vgl.: Haeberle 1985, S.114)

Das größte und meist diskutierte Problem dabei ist die Frage, wann menschliches Leben eigentlich beginnt. Beginnt es bereits bei der Verschmelzung von Ei- und Samenzellen oder bei der Einnistung der Zygote in die Gebärmutter (Implantation), erst sobald beim Embryo alle Organe ausgebildet sind oder wenn der Fetus lebensfähig ist? Die Antworten zu dieser Frage sind ebenso vielfältig wie diejenigen, die sie zu beantworten versuchen. *„Es gibt einfach keine eindeutige wissenschaftliche Antwort auf die Frage, wann menschliches Leben beginnt, oder unter welchen Voraussetzungen es beendet werden kann. Dies sind grundsätzliche ethische Probleme, die jedem einzelnen eine persönliche Gewissensentscheidung abverlangen. [...] Die katholische Kirche vertritt heute die Ansicht, dass ein Embryo >vom Augenblick der Empfängnis an< menschliches Leben sei. Wissenschaftler sind sich jedoch keineswegs einig, ob sich ein solcher Augenblick definieren lässt und wann er anzusetzen wäre.“* (Vgl.: Haeberle 1985, S.114)

#### Gesetzliche Lage in Italien:

In Italien wird der freiwillige Schwangerschaftsabbruch durch das Gesetz Nr. 194 vom 22. Mai 1978 geregelt: *„Legge 22 maggio 1978, n. 194: Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza. Articolo 6: L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:*

---

<sup>3</sup> Vgl.: Haeberle (1985) (S.115): *„[...] es ist immer ein operativer Eingriff, der mit Komplikationen verbunden sein kann, deshalb würden nur wenige kompetente Fürsprecher einer liberalen Handhabung der Abtreibung sie als Routineeingriff bezeichnen.“*

- a) *quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;*
- b) *quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.*“<sup>4</sup>

#### Gesetzliche Lage in Österreich:

In Österreich ist laut § 96 des StGB ein Schwangerschaftsabbruch nicht strafbar „*wenn der Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach vorhergehender ärztlicher Beratung von einem Arzt vorgenommen wird oder wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ernsten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist oder eine ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde, oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist und in allen diesen Fällen der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird: oder wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr unter Umständen vorgenommen wird, unter denen ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig zu erlangen ist.*“ (Vgl. [www.abtreibung.at](http://www.abtreibung.at)) Ein Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen unter 14 Jahren benötigt die Einwilligung eines Erziehungsberechtigten. Mündige Minderjährige von 14-18 Jahren hingegen benötigen keine Einwilligung.

---

<sup>4</sup> Auszug aus dem italienischen Strafgesetzbuch (vgl.: [www.governo.it](http://www.governo.it)) Gesetz Nr. 194 vom 22 Mai 1978 *Bestimmungen über den Schutz der Mutterschaft und über den freiwilligen Abbruch der Schwangerschaft*. Art. 6: Der freiwillige Schwangerschaftsabbruch nach Ablauf der ersten neunzig Tage einer Schwangerschaft darf ausgeführt werden, wenn:

- a) die Schwangerschaft und die Geburt eine schwere Gefahr für die Frau darstellen  
b) pathologische Prozesse festgestellt worden sind, die eine schwerwiegende Gefährdung der physischen oder psychischen Gesundheit der Frau darstellen. Zu diesen pathologischen Prozessen gehören erhebliche Anomalien oder Deformationen des ungeborenen Kindes. (Übersetzung vgl.: [http://www.bewegung-fuer-das-leben.com/italienisches\\_abtreibungsgesetz.html](http://www.bewegung-fuer-das-leben.com/italienisches_abtreibungsgesetz.html))

#### **2.11.4 Beratung**

Um einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen zu können, ist ein Beratungsgespräch mit Hilfe einer staatlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle notwendig. In der Beratung wird über die Gründe gesprochen, die eine Frau zu einer Abtreibung bewegen. Sie wird über die Methoden, den Ablauf und die Risiken informiert, aber vor allem werden ihr auch Alternativen erklärt und angeboten, denn die Beratung hat den gesetzlichen Auftrag, die Schwangere dazu zu ermutigen, das Kind auszutragen und es nicht abzutreiben. Welche Entscheidung die Frau letztendlich trifft, ist allerdings allein ihr überlassen. Die Beratung ist absolut anonym, kostenfrei und erfolgt im Interesse der Betroffenen. Sobald das(die) Beratungsgespräch(e) abgeschlossen ist(sind), bekommt die Frau eine Beratungsbescheinigung, die es ihr nun erlaubt, die Abtreibung bei einem Arzt durchführen zu lassen.

#### **2.11.5 Abtreibung in Zahlen**

In Südtirol wurden im Jahr 2009 in den Gesundheitseinrichtungen Südtirols 571 freiwillige Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Das entspricht einer Abnahme von 2,6% gegenüber dem Vorjahr. Dabei handelte es sich bei mehr als vier von zehn Frauen um Ausländerinnen. Diese Tendenz ist im Zusammenhang mit der steigenden Ausländerpräsenz in Südtirol zu sehen. Die Altersklassen, in denen am meisten Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt wurden, liegen zwischen 35 und 39 Jahren (127 im Jahr 2009) und zwischen 25 und 29 Jahren (126 im Jahr 2009). Was besonders erschreckend ist, ist dass im letzten Jahr 49 Schwangerschaftsabbrüche an 15 bis 19 Jährigen erfolgt wurden, bei 3 Fällen waren die Mädchen unter 15 Jahre alt. Von den 571 Fällen hatten 9,3% (53 Frauen) der Frauen eine vorhergehende Fehlgeburt, 2,5% (14 Frauen) hatten zwei und 0,7% (4 Frauen) hatten bereits drei oder mehrere vorhergehende Fehlgeburten. In 18,6% (106 Frauen) der Fällen ist eine Abtreibung schon einmal durchgeführt worden, in 4,2% (24 Frauen) erfolgten bereits zwei, in 0,7% (4 Frauen) drei und in 0,9% (5 Frauen) der Fällen erfolgten sogar vier oder mehr vorhergehende freiwillige Abbrüche.

In Österreich erfolgt keine konsequente Erfassung von Schwangerschaftsabbrüchen und deshalb gibt es auch keine offiziellen Statistiken dazu. Gemäß einiger Schätzungen erfolgen jedoch jährlich zwischen 19.000 und 25.000 Abtreibungen in Österreich. (Vgl.: [www.aufklaerungshomepage.de](http://www.aufklaerungshomepage.de))

Was in den letzten Jahren in vielen europäischen Ländern, nicht nur in Italien und Österreich beobachtet wurde, ist dass die Tendenz zu Abtreibungen steigend ist und immer mehr Frauen, trotz Aufklärung und Verhütungsmethoden (oder gerade deswegen?), zu dieser tragischen Maßnahme greifen.

## ***2.12 Sexuelle Gewalt und Pornografie***

---

Unter sexueller Gewalt versteht man jede Art von erzwungenem Sexualkontakt, der weltweit zumindest moralisch und zumeist auch strafrechtlich verurteilt wird. Trotzdem werden Jugendliche und Erwachsene sehr oft – auch wenn nicht persönlich – mit sexueller Gewalt, speziell in den Medien (Internet, Chatrooms, Handy), konfrontiert. Die ständige Konfrontation mit Pornografie und Gewaltfilmen führt seit einiger Zeit verstärkt zu sexuellen Belästigungen unter Pubertierenden. Was ziemlich beängstigend dabei ist, ist die Tatsache, dass sich die Vorstellungen von Jungen aber v.a. von Mädchen und jungen Frauen über das, was normales sexuelles Verhalten ist, verändert haben. Ein Grund dafür ist, dass die meisten Sexualstraftaten nicht von Fremden verübt werden, sondern in einer Beziehung stattfinden. (Vgl.: Schoonbrood 2008, S. 240)

Umso wichtiger erscheint mir die Notwendigkeit auch solche Themen in einer allgemeinen Sexualerziehung anzusprechen, denn Aufklärung ist oft die beste und erfolgreichste Form der Prävention.

### ***2.12.1 Vergewaltigung***

Die Vergewaltigung, d.h. der erzwungene Sexualkontakt in Form von Vaginal-, Oral-, Anal- oder Manualverkehr, wird heute mehr als ein Gewalt- und weniger als ein Sexualverbrechen angesehen. Unter den Vergewaltigungsopfern sind nicht nur Frauen und Mädchen, sondern auch Männer und Jungen zu finden, speziell in Gefängnissen und in Kriegen. Auch müssen die Täter bzw. Täterinnen nicht gezwungenermaßen Fremde sein, sondern es kann sich auch um Freunde und Bekannte handeln. Für die Opfer sind neben körperlichen Verletzungen vor allem schwere seelische Schäden die Folge, die oft eine umfassende Psychotherapie erfordern.

### ***2.12.2 Sexuelle Verstümmelung***

Aus sittlichen Gründen wird in einigen Ländern Afrikas und Asiens an jungen Mädchen vor der Pubertät eine sogenannte weibliche Beschneidung vorgenommen.

Dabei werden die Klitoriskrone und Teile der inneren und äußeren Schamlippen chirurgisch entfernt, wobei der Eingriff meist ohne Betäubung und unter extremen Hygienebedingungen durchgeführt wird. Oft wird sogar der Scheideneingang zugenäht, der erst wieder nach der Hochzeit zugänglich gemacht werden kann. Die Folgen dieser sexuellen Verstümmelung sind enorm: die Frauen leiden unter psychischen Störungen, es können Blutungen und Infektionen auftreten und oft wird eine reduzierte sexuelle Reaktionsfähigkeit festgestellt. Obwohl seit einigen Jahren gezielt gegen die Verstümmelung der weiblichen Geschlechtsorgane vorgegangen wird, da es sich dabei um eine schwere Menschenrechtsverletzung handelt, sind weltweit immer noch 100 Millionen Frauen davon betroffen. (Vgl.: Haeberle 2005, S.123)

### ***2.12.3 Sexueller Missbrauch Minderjähriger***

In keiner Gesellschaft der Welt werden Erwachsene, die mit Kindern Sexualkontakt haben, geduldet. Als Erwachsene sind dabei Männer und Frauen gemeint, die als voll verantwortlich gelten (Wahlrecht, Wehrdienst, usw.) und unter Kindern versteht man Mädchen und Jungen vor der Pubertät. Personen, die häufig oder ausschließlich Sexualkontakt mit Kindern suchen, nennt man **Pädophile**. Meist nutzen Pädophile eine bestimmte Vertrauensstellung aus (ErzieherIn, BabysitterIn, Bekannte, Verwandte) und überreden die Kinder zu sexuellen Berührungen und Spielereien. Wenn das betroffene Kind seelisch nur gering belastet wird, können solche Kontakte jahrelang unentdeckt bleiben. (Vgl.: Haeberle 2005, S. 125)

Unter dem Begriff **Inzest** versteht man hingegen den alleinigen sexuellen Kontakt zwischen Eltern und ihren vorpubertierenden Kindern. Diese Art von sexuellem Missbrauch hat für die Betroffenen immer schwerwiegende Folgen und hinterlässt meist bleibende (v.a. seelische) Schäden. (Vgl.: Haeberle 2005, S. 127)

Der Inzestfall in Amstetten im Jahr 2008, wo ein Vater seine Tochter 24 Jahre lang in einen Keller eingesperrt, sexuell missbraucht und mit ihr sieben Kinder gezeugt hat, hat Österreich und die ganze Welt erschüttert und zeigt uns, dass auch auf diesem Gebiet eine dringende Aufklärung notwendig ist.

#### **2.12.4 Pornografie**

Eine für mich sehr treffende Definition von diesem Begriff wurde vom Oberlandesgericht Düsseldorf gegeben. Demnach ist Pornografie eine „*grobe Darstellung des Sexuellen, die in einer den Sexualtrieb anstachelnden Weise den Menschen zum bloßen, auswechselbaren Objekt geschlechtlicher Begierde degradiert. Diese Darstellungen bleiben ohne Sinnzusammenhang mit anderen Lebensäußerungen und nehmen spurenhafte gedankliche Inhalte lediglich zum Vorwand für provozierende Sexualität.*“ (Vgl.: Schoonbrood 2008, S. 216)

Seit der Verbreitung des Internets kommen Jugendliche immer leichter an pornografisches Material in Form von Fotos und Videos und werden mit obszönen Sexualpraktiken, übertriebenen Körperidealen (der muskulöse Mann mit dem gigantischen Penis, der immer kann bzw. die vollbusige, komplett enthaarte Frau, die immer will) und nicht zuletzt mit Kinderpornografie konfrontiert. Weil Pornografie überall zu sehen und extrem leicht zugänglich ist, müssen Jungen und Mädchen erfahren, was Pornografie ist und was sie bewirkt. Und das nicht nur zu Hause, sondern auch (oder gerade) in der Schule. Pornofilme bedrängen Kinder und Jugendliche mit Bildern, die sie noch nicht oder nur teilweise verarbeiten können. Andererseits verbreiten sie falsche Informationen und so wachsen Jugendliche mit der Vorstellung auf, es sei normal, dass Männer Frauen sexuell benutzten, quälen, anal penetrieren und in ihrem Mund oder Gesicht ejakulieren, um nur einiges zu nennen. Solche Filme und Bilder werden oft zu ‚Vor-Bildern‘ für die Jugendlichen, gewinnen Macht über ihre Phantasien und können sogar ihr Tun bestimmen. In der Pubertät, die Zeit in der sich moralische Standpunkte und die erwachsene Persönlichkeit entwickelt, ist das besonders gefährlich. Den Jungen und Mädchen muss erklärt werden, dass ein Paar, beim Sex, nur das tut, was beiden Lust bereitet. Was zwei als schön empfinden, müssen sie gemeinsam herausfinden und das, was in Pornos zu sehen ist, entspricht nicht dem, was Erwachsene normalerweise beim Sex tun, denn wenn sie sich lieben, wollen sie sich nicht schlecht behandeln und wehtun, weder körperlich noch seelisch. Dies sind nur einige der Gründe, weshalb heutzutage eine ausreichende Medienerziehung zu einem wichtigen Bestandteil der sexuellen Aufklärung geworden ist und werden musste. (Vgl.: Schoonbrood 2008, S.217-229)



## 2.13 Sexualerziehung in der Schule

---

### 2.13.1 Was bedeutet Erziehung bzw. Sexualerziehung?

Unter dem Begriff **Erziehung** versteht man die „*Unterstützung und Förderung des heranwachsenden Menschen, die ihn in seinen geistigen und charakterlichen Entwicklung befähigen soll, sich sozial zu verhalten und als selbstständiger Mensch eigenverantwortlich zu handeln.*“ (Vgl.: Brockhaus 2006, S. 248)

Myers unterscheidet zwischen zwei Grundkonzeptionen von Erziehung:

- Erziehung in der Pädagogik: darunter versteht er „*die bewusste und beabsichtigte Einflussnahme auf das Handeln eines einzelnen Menschen oder einer Gruppe von Menschen, wobei diese Einflussnahme mit Blick auf ein bestimmtes Ziel hin erfolgt.*“ (Vgl.: Myers 2005, S. 803)
- Erziehung in der Psychologie: hier werden unter Erziehung „*alle Erfahrungsmöglichkeiten, die innerhalb eines kulturellen Rahmens bereitgestellt werden, um die Lern- und Entwicklungsprozesse eines Menschen zu unterstützen*“ verstanden (Vgl.: Myers 2005, S. 803)

Während unter Erziehung die allgemeine Unterstützung und Förderung der Entwicklung des Verhaltens und Handelns einer Person verstanden wird, bedeutet **Sexualerziehung** hingegen, in einfache Worten gefasst, die Erziehung zur Sexualität. Kluge definiert Sexualerziehung als „*kontinuierliche Einflussnahme durch gelenkte Lernprozesse auf die Entwicklung menschlicher Sexualität. Im Mittelpunkt des erzieherischen, d.h. zielorientierten Handelns, stehen die Einstellungen und Verhaltensweisen, Gefühle und Einsichten des Zu-Erziehenden. Mit Sexualerziehung bezeichnet man also das gesamte Feld der geplanten Förderung der Sexualität des Menschen auf allen Altersstufen, das sich als einen Teilbereich der gesamterzieherischen Bemühungen begreift: Familie, Ersatzfamilie, Kindertagesstätte, Kindergarten, Schule u.a.*“ (Vgl.: Kluge 1998, S. 17)

### **2.13.2 Sexuelle Aufklärung**

Mit dem Begriff **sexuelle Aufklärung** oder **Sexualaufklärung** ist die Vermittlung von biologischem und physiologischem Faktenwissen menschlicher Sexualität gemeint, sowie die Information in den Massenmedien über bestimmtes Sexualverhalten oder sexualpolitische Maßnahmen. (Vgl.: Kluge 1998, S. 17) Die sexuelle Aufklärung ist also ein Bestandteil der Erziehung, genauer gesagt, der Sexualerziehung und ist – obwohl noch immer ein großes Tabu – ein sehr wichtiges Thema für Kinder und Jugendliche.

Vor 200 Jahren war die Sexualaufklärung, wie wir sie im heutigen Sinne kennen, noch unbekannt. Im Altertum und Mittelalter betrachtete man Sexualität als festen Bestandteil des Lebens und sexuelles Wissen wurde ganz selbstverständlich wie jedes andere Wissen erworben. Es gab keine ausgesprochene Privatsphäre, es herrschte wenig Schamhaftigkeit und geringe Verlegenheit in Bezug auf natürliche Körperfunktionen und sexuelle Handlungen blieben für niemanden ein Geheimnis. In den letzten Jahrhunderten entwickelten die Menschen eine völlig andere Einstellung. Die Kindheit und Pubertät wurde als besonderes ‚unschuldige‘ Lebensphasen definiert, in denen es galt, die Heranwachsenden vor den Versuchungen der Erwachsenenwelt zu schützen. Es entwickelte sich eine zunehmende *Prüderie* (Sprödigkeit), die alles Sexuelle als schmutzig und gefährlich interpretierte. (Vgl.: Haeberle 1985, S. 519-520).

Laut Rousseau sollten Informationen über sexuelle Aktivitäten erst nach der Pubertät und nur auf direkte Fragen vermittelt werden. Aber auch dann sollte man sich hüten, zu deutlich zu werden, um kein frühreifes Interesse zu wecken. Andere bekannte Erzieher und Erzieherinnen waren hingegen der Meinung, dass sexuelle Unwissenheit gefährlicher als sexuelles Wissen sei, da es zu schädlichen Missverständnissen und Phantasien führen könne. Entsprechend dieser allgemeinen Auffassung wurde an einigen Schulen erstmals Aufklärungsunterricht gegeben, wobei zuerst darauf gezielt wurde, Sinn für Sittsamkeit und eine gesunde Scheu vor sexuellen Dingen zu vermitteln. Der Unterricht spielte sich unter extremer Ernsthaftigkeit ab und jeglicher Spaß oder jede Freude sollten vermieden werden. Dabei durfte auf keinen Fall zu sehr ins Detail gegangen werden und die Information, die vermittelt wurde, schreckte die Zu-Erziehenden eher ab, als dass sie ihnen helfen

konnte. In der Öffentlichkeit wurde das Thema Sexualität wieder verabscheut, ja sogar verboten. Die sexuelle Aufklärung der Jugendlichen aber auch der Erwachsenen ging wieder zurück. Alles was mit Sexualität zu tun hatte, war mit Sünde verbunden und führte zu lebensbedrohlichen Krankheiten. Es entwickelte sich eine Gesellschaft, die von Angst vor Sexualität überschatten war. Am Ende des 19. Jh. wurden immer mehr Menschen depressiv und körperlich krank in Folge ihrer sexuellen Probleme. Da jede Behandlung erfolglos blieb, solange diese Probleme verleugnet wurden, begannen einige Ärzte, darunter Freud, Bloch und Hirschfeld, die Wichtigkeit der sexuellen Aufklärung neu zu entdecken. Man brach nun das Schweigen und informierte wieder mehr zuerst die Erwachsenen, und dann auch die Jugendlichen und Kinder, über das Thema Sexualität. Der Weg zu einer neuen und umfassenden sexuellen Erziehung wurde somit freigegeben. (Vgl.: Haeberle 1985, S. 521-523)

Sexualität galt also lange Zeit als absolutes Tabuthema und wurde erst seit der sexuellen Revolution in den 60er Jahren zu einem festgelegten Teil der Gesamterziehung. Die Sexualerziehung bzw. sexuelle Aufklärung gilt heute als eine der wichtigsten Aufgaben des Elternhauses und der Schule, die jedoch leider immer noch nicht mit der richtigen Ernsthaftigkeit behandelt und zufrieden stellend durchgeführt wird. (Vgl.: Rammel 2009)

Das Hauptziel der Sexualerziehung ist dabei, den Heranwachsenden die bestmögliche Informationsbasis für ihr späteres (Liebes-) Leben zu bieten, damit sie als aufgeklärte Menschen selbstbewusst und vor allem selbstverantwortlich mit der eigenen Sexualität und der Sexualität anderer umzugehen lernen. Eine Aufgabe, die in der heutigen von den Medien dominierten Welt, immer schwieriger zu lösen ist.

### ***2.13.3 Der Sexualkundeunterricht – welche Fächer sind dafür zuständig?***

Wenn man von Sexualkundeunterricht spricht, versteht man meist die biologische Aufklärung im Biologieunterricht. Sexualerziehung ist aber ein fächerübergreifendes Thema. Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur erklärt im Grundsatzterlass "Sexualerziehung in den Schulen", dass der Sexualunterricht nicht nur die Aufgabe eines einzelnen Unterrichtsgegenstandes ist, sondern die Behandlung dieser Thematik von den verschiedenen Gesichtspunkten der einzelnen

Unterrichtsgegenstände zu erfolgen hat (siehe Kapitel 2.13.5 oder Anhang). Denn bei der Auseinandersetzung mit der Thematik der Sexualität tauchen bei den Jugendlichen auch soziale, emotionale, ethische und politische Fragen auf. Fragen die auch in Fächern wie Sozialkunde, Psychologie, Religion, Geschichte und Deutsch zur Sprache kommen könnten bzw. sollten. Laut Kluge erklären Lehrende anderer sexualerzieherisch bedeutsamer Fächer ihre Zurückhaltung mit fehlender fachlicher Kompetenz, was der Sexualerziehung organisatorische und persönlich ‚große Schwierigkeiten‘ bereitet. (Vgl.: Kluge 1998, S. 61) Trotzdem oder gerade deswegen ist Sexualerziehung in der Schule notwendiger denn je.

Sexualkundeunterricht ist also nicht nur die bloße Vermittlung biologischer und physiologischer Aspekte des menschlichen Körpers. Sexualkundeunterricht bedeutet auch Vermittlung von Werten wie Selbstbestimmung, Achtung vor der Würde der Mitmenschen und die Förderung des Zusammenlebens. (Vgl.: Valtl 1998, S. 14) Das selbstständige Handeln und das autonome Denken, sowie der Respekt vor dem eigenen Körper und dem Körper der anderen sollen im Mittelpunkt der Sexualerziehung stehen. Damit dieses Ziel bestmöglich erreicht werden kann, braucht es nicht nur einen Unterrichtsgegenstand mit einer Lehrperson, sondern auch dringend eine fächerübergreifende Zusammenarbeit vieler Lehrer und Lehrerinnen.

#### ***2.13.4 Gesetzliche Grundlagen der Sexualerziehung in den Schulen in Südtirol***

Auf Grund des Autonomiestatus Südtirols und der darauf beruhenden Autonomie der südtiroler Schulen gibt es keinen einheitlichen, für alle Schultypen geltenden Lehrplan. Die Rahmenrichtlinien des Landes, die auf den im Jahre 1997 durch die italienische Regierung eingeführten Leitlinien für eine globale Reform der Schule in Italien basieren, lösen zum Teil die bisher bestehenden Lehrplanentwürfe ab und ermöglichen den einzelnen Schulen, den Unterricht nach dem eigenen Schwerpunkt zu richten. Innerhalb dieser Richtlinien ist es dann den Schulen bzw. den Lehrern und Lehrerinnen überlassen, wie sie den Unterricht gestalten und welche Schwerpunkte sie setzen möchten. Der Sexualkundeunterricht wird in den Rahmenrichtlinien nicht explizit erläutert, in den in der Folge angeführten Auszügen aus den Rahmenrichtlinien klingt das Thema „Sexualität“ aber in Umschreibungen

an. Diese sind demnach die einzigen rechtlichen Bezugspunkte, die für die Konzipierung eines Sexualkundeunterrichts herangezogen werden können.

In den Rahmenrichtlinien des Landes für die Festlegung der Curricula für die Grundschule und die Mittelschule an den autonomen deutschsprachigen Schulen in Südtirol (Beschluss der Landesregierung Nr. 81 vom 19.01.2009, S.179-180) wird Folgendes in Bezug auf den (Sexualkunde)Unterricht in der Mittelschule angeführt:

### *3.Klasse Mittelschule – Biologie und Erdwissenschaften*

<i>Fertigkeiten und Fähigkeiten</i>	<i>Kenntnisse</i>
<i>Aufbau und Funktionsweise der menschlichen Organe und Organsysteme beschreiben und in Versuchen veranschaulichen.</i>	<i>Aufbau und Funktion ausgewählter Organsysteme und Organe</i>
<i>Über die Fortpflanzung des Menschen sprechen</i>	<i>Fortpflanzungszyklus</i>

In den überarbeiteten Rahmenrichtlinien des Landes für die Festlegung der Curricula in den deutschsprachigen Gymnasien und Fachoberschulen Südtirols wird in Bezug auf den Menschen Folgendes angeführt (S. 103):

### *3. und 4. Klasse - Naturwissenschaften (Biologie, Chemie und Erdwissenschaften – Klassisches Gymnasium, Sozialwissenschaftliches Gymnasium und Sprachengymnasium)*

<i>Fertigkeiten und Fähigkeiten</i>	<i>Kenntnisse</i>
<i>den menschlichen Körper als komplexes System verstehen und erklären</i>	<i>Aufbau und Funktion ausgewählter Organsysteme</i>
<i>Ursachen für Krankheiten und Suchtverhalten erkennen</i>	<i>Krankheit und Sucht</i>

In dem vor 1997 verfassten Lehrplanentwurf für die deutsche Oberschule in Südtirol, der der Landeslehrplankommission als Grundlage für die derzeitige Erstellung eines neuen Lehrplanes dient, kann in Bezug auf den Sexualkundeunterricht für alle Biennien folgendes gefunden werden:

**„Allgemeine Bildungsziele:**

Selbstkompetenz:

- *sich als Individuum wahrnehmen,*
- *die Wechselwirkungen zwischen körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit erkennen,*
- *überlegt entscheiden und selbständig handeln,*
- *für das eigene Handeln Verantwortung übernehmen,*
- *Frustrationen ertragen und konstruktiv bewältigen,*
- *Subjektive Bedürfnisse und objektive Erfordernisse aufeinander abstimmen.*

Sozialkompetenz:

- *die Kommunikationsfähigkeit entfalten, Gefühle und Betroffenheit ausdrücken, auf andere eingehen,*
- *Formen der Zusammenarbeit einüben und teamfähig werden,*
- *soziale Beziehungen und Bindungen eingehen,*
- *Konflikte durch Dialog und Gespräch klären.*

Religion (Ziele und Themen):

**Ich und die anderen**

- *Wer mag mich – wem bin ich wichtig? In der Begegnung mit anderen Menschen sich selbst kennenlernen und mit Konflikten umgehen können.*

Naturkunde (Ziele und Themen):

**Der Körper des Menschen und seine Gesunderhaltung**

*Ausgehend von Gemeinsamkeiten mit anderen Lebewesen werden Aufbau und Funktion einiger Organsysteme des menschlichen Körpers in Beziehung gebracht. Durch die Einführung in die Lebensvorgänge werden die*

*gesundheitsschädigenden Auswirkungen falscher Verhaltensweisen aufgezeigt und vorbeugende Maßnahmen besprochen.*

*Geschlechtlichkeit und Entstehung neuen Lebens:*

- *die körperlichen Veränderungen in der Pubertät und die Entstehung menschlichen Lebens verstehen lernen;*
- *die kulturellen und ethischen Aspekte der menschlichen Sexualität erörtern.“<sup>5</sup>*

Das südtiroler Schulsystem verfügt auf Grund seiner Autonomie über große Freiheiten in der Auswahl der Unterrichtsthemen und der Gestaltung des Unterrichts. Es liegt also hauptsächlich in der Hand der einzelnen Schulen bzw. Lehrer und Lehrerinnen, inwiefern sie dem Sexualkundeunterricht Bedeutung beimessen und ihn zum Bildungsziel machen.

### **2.13.5 Gesetzliche Grundlagen der Sexualerziehung in den Schulen in Österreich**

Unter Lehrplänen versteht man gesetzlich verbindliche Grundlagen für die Unterrichtsarbeit. In Österreich sind Lehrpläne in drei wichtige Unterpunkte gegliedert:

- Bildungs- und Lehraufgabe
- Didaktische Grundsätze
- Lehrstoff

Obwohl das Thema Sexualität in vielen Unterrichtsfächern durchgeführt werden könnte, wird im österreichischen Lehrplan die Besprechung dieses Themas hauptsächlich dem Unterrichtsfach Biologie und Umweltkunde zugeschrieben. Diesbezüglich wird im Lehrplan für die Unterstufe der allgemein bildenden höheren Schulen – AHS zum Thema Sexualerziehung folgendes angeführt:<sup>6</sup>

- Bildungs- und Lehraufgabe: *„Der Unterrichtsgegenstand Biologie und Umweltkunde hat von der 1. bis zur 4. Klasse die Beschäftigung mit den*

---

<sup>5</sup> Vgl.: Deutsches Schulamt und Pädagogisches Institut (1997): *Lehrplanentwurf für die deutsche Oberschule in Südtirol*. (s. 15; 41; 112)

<sup>6</sup> Vgl.: [http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/lp/lp\\_ahs\\_unterstufe.xml](http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/lp/lp_ahs_unterstufe.xml)

Themenbereichen **Mensch und Gesundheit**, Tiere und Pflanzen sowie Ökologie und Umwelt zum Schwerpunkt.“ Dabei ist der Unterricht so zu konzipieren, dass die Schülerinnen und Schüler unter anderem auch ein „Verständnis für den eigenen Körper erwerben [sollen], das sie zu einem verantwortungsvollen Umgang mit sich selbst befähigt (Akzeptanz des eigenen Körpers, der eigenen Sexualität, Gesundheitsförderung).“ Als Beitrag zu den Bildungsbereichen „Mensch und Gesellschaft“ gehört die Tatsache bzw. die Erkennung, dass der Mensch ein biologisch und soziales Wesen ist, mit einer eigenen Sexualität, Partnerschaft und Familie.

- Didaktische Grundsätze: Bei dem Themenbereich Mensch und Gesundheit ist festzuhalten, dass „am Ende der 4. Klasse sollen die Schülerinnen und Schüler einen altersgemäßen Überblick über Bau und Funktionen des menschlichen Körpers besitzen. Neben der Förderung des Verständnisses für den eigenen Körper sowie eines umfassenden Gesundheitsbewusstseins soll eine an den Schülerinnen und Schülern orientierte Sexualerziehung zum Tragen kommen.“
- Lehrstoff:
  - **1. Klasse** (Kernbereich): „**Mensch und Gesundheit**: Aufbauend auf den in der Volksschule erworbenen Kenntnissen ist ein Überblick über Bau und Funktion des menschlichen Körpers, insbesondere der Organsysteme, zu geben. Gleichzeitig ist eine Vertiefung des Verständnisses für den eigenen Körper anhand der Schwerpunkte Bewegung und Sexualität anzustreben. **Sexualität**: Unter Einbeziehung der Interessen der Schülerinnen und Schüler sind folgende Themen zu behandeln: Bau und Funktion der Geschlechtsorgane, Menstruation, Empfängnis, Schwangerschaft und Geburt, körperliche, psychische Entwicklung und Befindlichkeit in der Pubertät, Aufklärung über sexuellen Missbrauch/Prophylaxe.“
  - **3. Und 4. Klasse** (Kernbereich): „**Mensch und Gesundheit**: Die Kenntnisse über Bau und Funktion des menschlichen Körpers (einschließlich der Themenfelder Gesundheit und Krankheit, Psychosomatik und Immunsystem) sind zu erweitern und zu vervollständigen. **Sexualität**: Unter Einbeziehung der Interessen der



*Schülerinnen und Schüler sind folgende Themen zu behandeln: Sexualität als biologisches, psychologisches und soziales Phänomen, Empfängnisregelung, Schwangerschaft, Geburt, AIDS-Prophylaxe.“*

Im Lehrplan für die Oberstufe der allgemein bildenden höheren Schulen – AHS wird das Thema Sexualität bzw. Reproduktion in folgenden Abschnitten angeführt:<sup>7</sup>

- Bildungs- und Lehraufgabe: *„Der Unterrichtsgegenstand Biologie und Umweltkunde sieht in der Oberstufe die Beschäftigung mit den Themenbereichen Mensch und Gesundheit, Weltverständnis und Naturerkenntnis, Ökologie und Umwelt sowie Biologie und Produktion vor.“*  
Das dazu spezifische Ziel, dass im Unterricht erreicht werden soll, lautet: *„Die Schülerinnen und Schüler sollen ihr Verständnis und die Wahrnehmung für den eigenen Körper vertiefen und damit zu einem verantwortungsvollen Umgang mit sich selbst und anderen befähigt werden (Akzeptanz des eigenen Körpers, der eigenen Sexualität; Gesundheitsförderung, Suchtprophylaxe, Umgang mit behinderten Menschen, Humangenetik).“*
- Didaktische Grundsätze: *„**Weltverständnis und Naturerkenntnis:** Einblicke in die modernen Biowissenschaften einschließlich aktueller Forschungsthemen sind zu geben. In der 5. Klasse ist eine einfache Modellvorstellung der Zelle zu erarbeiten, in der 6. Klasse (Sexualität, Embryonalentwicklung des Menschen) und 8. Klasse (Genetik) sind die Kenntnisse auszubauen und zu vertiefen.“*
- Lehrstoff:
  - **6. Klasse** (Kernbereich): *„**Mensch und Gesundheit: Sexualität:** Verständnis von Sexualität als biologisches, psychologisches und soziales Phänomen vertiefen und zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit Sexualität anregen (Sexualethik); Wissen über Möglichkeiten der Fortpflanzungsmanipulationen und über die Embryonalentwicklung beim Menschen erwerben. **Immunsystem des Menschen:** Einblicke in die grundlegende Funktionsweise des*

---

<sup>7</sup> Vgl.: [http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/lp/lp\\_ahs\\_oberstufe.xml](http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/lp/lp_ahs_oberstufe.xml)

*Immunsystems gewinnen und die Auswirkungen von Störungen erkennen (Allergien, AIDS ua.)“*

- **7. Klasse** (Kernbereich): *„Mensch und Gesundheit: Krankheit: Kenntnisse über Krankheitserreger (Bakterien, Viren, Parasiten) an Hand ausgewählter Beispiele erlangen; Maßnahmen zur Hygiene und Reiseprophylaxe; Moderne Zivilisationskrankheiten, Krebs.*

Laut Lehrplan bieten sich also reichlich Gelegenheiten, das Thema Sexualerziehung in verschiedenen Schulstufen im Unterricht auch vertiefend zu behandeln. Letztendlich bleibt die Entscheidung jedoch beim Lehrer bzw. bei der Lehrerin, denn wie viel, wie ausführlich und in welchem Ausmaß der Sexualkundeunterricht stattfinden soll, entscheidet jeder Lehrende letztendlich allein. Was aus meiner Sicht auf jeden Fall sehr wichtig ist, wenn sich eine Lehrperson vornimmt das Thema Sexualität in einer Klasse durchzuführen, ist dass sie ausreichend, vertiefend und umfangreich über das Thema informiert und dabei die Wünsche und Fragen der Schülerinnen und Schüler nicht ignoriert und ehrlich und authentisch darauf eingeht.

Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur hat den Grundsatzterlass "Sexualerziehung in den Schulen" erstmals im Februar 1970 herausgegeben. Auf Grund geänderter Lehrplanbestimmungen wurde dieser 1990 aktualisiert und er ist in dieser Fassung bis heute gültig. Ich möchte hier einige wichtige Zielsetzungen der schulischen Sexualerziehung anbringen, den gesamten Grundsatzterlass gibt es zum Nachlesen im Anhang.

*„In der Sexualität ist von einer biologisch fundierten Basis auszugehen; die Schule hat aber nicht nur die Aufgabe sexualekundliche Information zu vermitteln, sondern echte Lebenshilfe zu bieten.*

*Vorrangige **Zielsetzungen** der schulischen Sexualerziehung sind:*

- **Aufbau eines Wertewissens:** *Sexualerziehung soll nicht wertfrei sein. Es sind die Leitvorstellungen der verschiedenen Gesellschaftsgruppen zu Sexualerziehung sachlich darzulegen und im Geiste gegenseitiger Achtung zu diskutieren.*
- **Zusammenarbeit mit den Eltern:** *Sexualerziehung ist primär Aufgabe der Eltern/Erziehungsberechtigten. Im Unterricht an den Schulen wird daher in steter Zusammenarbeit mit dem Elternhaus diese Bildungs- und Erziehungsarbeit durch Vermittlung entsprechender Wissensinhalte und Verhaltensweisen umfassend zu ergänzen, zu vertiefen und gegebenenfalls zu korrigieren sein.*

- **Etablierung fächerübergreifender Strukturen:** Die Verwirklichung der Sexualerziehung im Unterricht bedarf einer wirksamen Koordination der einzelnen Unterrichtsgegenstände unter Ausnützung ihrer Querverbindungen. Mit den Religionslehrer/inne/n ist in Hinblick auf eine Konzentration des Unterrichtes das Einvernehmen zu pflegen. Der/Die Schulleiter/in hat diese Erziehungsarbeit an der Schule zu koordinieren und auf die pädagogische Zusammenarbeit der Lehrer/innen hinzuwirken. In der Lehrer/innenkonferenz ist auch der Plan für Elternberatungen (Elternabende) aufzustellen.
- **Partnerschaftliche Kommunikation:** Der Unterricht zu Fragen der Sexualität und Partnerschaft soll in einer Atmosphäre des Vertrauens sachlich und frei von jeglichem Pathos geführt werden. Dabei ist eine offene und natürliche Sprache zu pflegen, die Ausdrucksfähigkeit für den Sexualbereich aufzubauen und ein entsprechendes Sprachverhalten zu entwickeln.
- **Die Schulgemeinschaft:** Die Schulgemeinschaft als Forum des Zusammenwirkens von Lehrer/inne/n, Schüler/inne/n und Erziehungsberechtigten müssen bei wichtigen Fragen des Unterrichts und der Erziehung in die Planung der schulischen Sexualerziehung eingebunden werden.
- **Einbindung von Expertinnen und Experten:** Es wird empfohlen, für die Durchführung des Unterrichtes zu biologisch-medizinischen Themen der Sexualität eine enge Zusammenarbeit mit der Schulärztin/dem Schularzt sowohl in der Planung als auch in der Umsetzung von Informationsmaßnahmen zur Sexualerziehung vorzusehen. Weitere Ansprechpartner/innen beim Auftreten persönlicher Probleme und Schwierigkeiten im Erleben der Schülerinnen und Schüler sind auch die Schulpsycholog/en/innen. Es wird auch eine Zusammenarbeit mit außerschulischen Expertinnen und Experten empfohlen.“<sup>8</sup>

### 2.13.6 Aspekte der Sexualerziehung

Sexualerziehung ist kein einmaliger, zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben eines Menschen stattfindender Prozess, sondern ist ein kontinuierlicher Ablauf alters- und geschlechtsgerechter Informationsabgabe. Wie auch beim Lesen und Schreiben beginnt man zuerst mit den einfachsten Grundlagen um dann Schritt für Schritt das Wissen auf diesem Gebiet zu vertiefen. Bis ins fortgeschrittene Erwachsenenalter wird der Mensch mit seinem Körper und mit seiner Sexualität konfrontiert. Da die Sexualität ein Aspekt ist, der uns von der Geburt bis ins hohe Alter begleitet und unser Leben beeinflusst, ist es umso wichtiger, den richtigen Umgang mit diesem

<sup>8</sup> Vgl.: [http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/prinz/Unterrichtsprinzipien\\_Se1597.xml](http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/prinz/Unterrichtsprinzipien_Se1597.xml)

Thema zu lernen und von vertrauten Personen bzw. Erziehern und Erzieherinnen auf diesem Weg begleitet zu werden.

Schoonbrood hat in ihrem Buch „Erklär mir die Liebe!“ einige wichtige Merkmale erörtert, die Sexualerziehung leisten sollte. (Vgl.: Schoonbrood 2008, S. 11)

Sexualerziehung sollte ihrer Meinung nach:

- altersgerecht sein,
- körperliche Entwicklungen vorhersehbar machen,
- Veränderungen als sinnvoll und positiv erhellen,
- Gefahren nicht verschweigen,
- keine Kluft aufkommen lassen zwischen Wissen und Gefühlen,
- Schamgefühle, aber auch andere Gefühle, ernst nehmen,
- die Intimsphäre respektieren,
- einfühlsam und ehrlich sein,
- Maßstäbe vermitteln,
- und das Selbstbewusstsein bewirken.

### **2.13.7 Über Sexualität reden**

Viele Jugendliche haben Schwierigkeiten damit, die Einflüsse, die von außen (v.a. durch die Medien) auf sie einströmen, mit ihren Gefühlen in Übereinstimmung zu bringen. Sie sehen und hören viel und wachsen mit Bildern auf, die nicht selbstverständlich sein dürften. Vor der sexuellen Revolution war das Reden über Sexualität mit großen Scham- und Schuldgefühlen verbunden und wenn überhaupt über körperliche Vorgänge gesprochen wurde, dann nur anhand von Beispielen aus der Tier- und Pflanzenwelt, damit man die menschlichen Geschlechtsorgane ja nicht anzusprechen brauchte. Und so wurden den Kindern Geschichten über ‚Bienchen‘ und ‚Blumen‘ erzählt und dass der Storch die Säuglinge bringt. Heute wissen bereits Grundschulkinder was Geschlechtsverkehr ist und können oft bereits alle erdenklichen sexuellen Praktiken beim Namen nennen. Manche Eltern sind deshalb irrtümlich der Meinung, dass ihre Kinder alles schon wissen, wenn sie in die Pubertät kommen. (Vgl.: Schoonbrood 2008, S.9-10)

Dies trifft jedoch nur in einigen, seltenen Fällen zu. Die meisten Vorpubertierenden und Jugendlichen sind verwirrt, unwissend und ratlos, aber auch neugierig und wissbegierig. Wird ihr Durst nach Wissen nicht von den Eltern bzw. den Erziehern und Erzieherinnen gestillt, so eignen sie sich ihre Kenntnis autodidaktisch zu, und das nicht immer aus den richtigen Quellen.

Wenn man über Sexualität spricht, ist es ebenso wichtig, sich einer angemessenen Sprache zu bedienen. Kluge betont, dass es zunächst *„sexualpädagogisch wichtig ist, die Sprachebene zu wählen, die den Jugendlichen vertraut ist. In der Regel ist dies die Umgangssprache mit den bekannten Ausdrücken, die von den Erwachsenen nicht immer toleriert oder in der Öffentlichkeit als zu provokativ empfunden werden. Das andere Extrem des sexuellen Vokabulars sind die wissenschaftliche Begriffe, die zwar meistens präzise, aber nicht nahe genug an den Jugendlichen sind, ja abgehoben und distanziert klingen und die Gefühlsdimension entbehren.“* (Vgl.: Kluge 1998, S. 11) Angemessen wäre demnach eine Mischung aus einer biologisch-wissenschaftlichen Sprache, damit die Schüler und Schülerinnen sich später in der wissenschaftlichen Welt zurecht finden, und einer alltäglichen Gebrauchssprache, damit eine gewisse Nähe und Persönlichkeit hergestellt werden kann.

### **2.13.8 Sexualerziehung – Aufgabe der Eltern?**

Menschen sind sexuelle Wesen und das von Geburt an. Säuglinge suchen Liebe und Zuneigung durch den Körperkontakt zur Mutter. Beim Baden und Wickeln werden sie berührt und gestreichelt, was ein Gefühl von Lust und Akzeptanz vermittelt. Von klein auf sind Kinder an ihrem Körper und am Körper ihrer Mitmenschen interessiert und betrachten ihn mit Neugierde und Wissbegier. Mutter und Vater sind die ersten und engsten Menschen im Leben einer Person und als solche spielen sie eine wichtige Rolle in ihrer (Sexual-)Erziehung. (Sexuelle) Aufklärung ist demnach in erster Linie Aufgabe und Privileg der Eltern. Auch Kluge ist der Meinung, dass die Familie der *„erste, von keiner anderen Institution zu ersetzende Ort [ist], wo Liebe und Sexualität in ihren positiven und – bei Vernachlässigung oder Entbehrung – negativen Auswirkungen grundgelegt, sicherlich auch am nachhaltigsten erfahren werden“* (Vgl.: Kluge 1989, S. 202) Wie Eltern ihre Kinder erziehen, so werden diese später durch das Leben gehen. In dieser Zeit entwickeln sich Ideen, Vorstellungen,

moralische Maßstäbe und der Umgang mit bestimmten (in der Gesellschaft meist noch als tabuisiert geltenden) Themen, wie auch das Thema Sexualität.

Die Aufgabe der Eltern besteht darin, mit ihren Söhnen und Töchtern ehrlich über alles zu reden, auf ihre Fragen altersgerecht einzugehen und dabei aufrecht und authentisch zu bleiben. Ihr Ziel soll sein, den eigenen Kindern vernünftige Maßstäbe mit auf den Weg zu geben, ihnen zu helfen, Selbstvertrauen und Selbstkritik zu entwickeln, damit sie optimistisch an Liebesbeziehungen, an Sexualität und an ihr berufliches Leben denken können. Denn nur Aufklärung kann sie, wenn überhaupt, vor gesundheitlichen, seelischen und sozialen Gefahren bewahren. (Vgl.: Schoonbrood 2008, S. 11)

### ***2.13.9 Sexualerziehung – Aufgabe der Schule?***

Jugendzeit ist Schulzeit. Und diese Zeit ist auch die Zeit, in der die Jugendlichen ihre ersten sexuellen Erfahrungen machen, ihre Attraktivität erproben, erste Flirtversuche machen und gegebenenfalls ihre ersten partnerschaftlichen Beziehungen eingehen. In der Schulzeit müssen die Jugendlichen lernen, auch weitere in Zusammenhang mit der Sexualität stehende Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Sie müssen lernen, sich von den Eltern als primäre emotionale Instanz zu lösen, ihre Geschlechterrolle zu finden und zu akzeptieren und abschließend eine eigene Identität zu entwickeln. (Vgl.: Schmidt 1998, S. 35-36)

Das sind nur einige der Gründe, weshalb auch die Schule eine wichtige Rolle in der Sexualerziehung zu erfüllen hat. Leider ist es auch in unserer modernen Gesellschaft durchaus noch ein großes Problem, den Schüler und Schülerinnen in den Schulen einen umfangreichen und ausreichenden Sexualkundeunterricht zu bieten. Das mag verschiedene Gründe haben. Zum einen gibt es zu wenige Lehrer und Lehrerinnen, die sich trauen, ein so heikles und brisantes Thema in der Schule anzusprechen. Und wenn sie es durchführen, dann wirken sie oft als verkrampft und unsicher, was die Schüler und Schülerinnen wiederum dazu veranlasst, dem Thema nicht mit der notwendigen Ernsthaftigkeit zu begegnen. Es gibt also kaum Erzieher und Erzieherinnen, denen es gelingt, sich in diesem Bereich frei und authentisch zu verhalten und ein Vertrauensverhältnis zu den Jugendlichen herzustellen. Zum anderen messen die Schüler und Schülerinnen der Schule als Aufklärungsinstanz

wenig Importanz (Bedeutung) zu, denn für die meisten gehört Sexualität zu einem anderen Lebensbereich, der umso weniger mit der Schule assoziiert wird, je größer seine Bedeutung für die betreffenden Schüler und Schülerinnen ist. (Vgl.: Schmidt 1998, S. 37)

Dennoch wird ersichtlich, dass die Verantwortung und die Zuständigkeit der Schule für die Thematisierung der Sexualität enorm sind. Dabei soll die Schule keinesfalls als alleinige Institution gelten, in der Sexualerziehung ab der Vorpubertät erfolgt, im Gegenteil. Sie soll als Begleitung, Unterstützung und (wissenschaftlicher) Vertiefung der elterlichen Sexualerziehung betrachtet werden.

#### ***2.13.10 Geschlechtsspezifische oder koedukative Sexualerziehung?***

Die Schule ist ein Ort des Lernens. Die Schüler und Schülerinnen lernen jedoch nicht nur von der Lehrperson bzw. dem Erzieher oder der Erzieherin, sie lernen vor allem auch miteinander und voneinander. In kaum einem anderen Themenbereich wie dem der Sexualerziehung wird die Frage nach gemeinsamer oder getrennter Erziehung der beiden Geschlechter gestellt. Von Natur aus, d.h. somatisch und genetisch, sind Männer und Frauen verschieden. Diese Verschiedenheit der Geschlechter hat im Laufe der Evolution zu den verschiedenen Geschlechterrollen geführt. Die ersten Schulen waren nur für Männer bestimmt und als auch Mädchen das Schulrecht erlangten, wurden sie in anderen Gebäuden, getrennt von den Jungen, unterrichtet. Dies mögen einige der Gründe sein, weshalb manche Erzieher und Erzieherinnen der Meinung sind, Sexualerziehung soll geschlechtsgetrennt bzw. geschlechtsspezifisch erfolgen. Mädchen sollen demnach von einer Frau und Jungen von einem Mann getrennt voneinander aufgeklärt werden. Obwohl sich einige Mädchen und Jungen angeblich eher wünschen, vom gleichen Geschlecht aufgeklärt zu werden (siehe 2.13.12), so besteht gleichzeitig auch ein vehementer Wunsch, gemeinsam aufgeklärt zu werden. In ihrem Werk "Jugendsexualität und Schulalltag" fasst Schmidt die Eindeutigkeit der Positionen der Schülerinnen und Schüler in Bezug auf die Beibehaltung der Koedukation auch bei der Sexualerziehung folgendermaßen zusammen:

*„Weil Schule ein Ort ist, „wo Mädchen und Jungen zusammenkommen“ (Hanna, 17), wären für Diskussionen miteinander die „besten Bedingungen“ (Fritz, 16) vorhanden, das Thema „geht ja beide was an“ (Daniel, 18), „man will ja auch wissen was beim anderen los ist“ (Erik) – und man würde „gerade was Sexualerziehung angeht, eher das Gespräch mit Mädchen suchen“ (Niko). Zwar werden aufgrund der gemischten Unterrichtssituation auch Kommunikationsprobleme vermutet, doch nur wenige sehen wie Doris, dass „totale Hemmschwellen“ – bei den Jungen – ein Gespräch unmöglich machen, oder meinen wie Michael, dass man in reinen Jungen- oder Mädchengruppen „freier über Probleme“ reden könne.“ (Vgl.: Schmidt 1998, S. 89)*

Die meisten Vorbehalte gegen die Koedukation haben Mädchen zu Beginn der Pubertät. Sie fühlen sich von den etwas später pubertierenden und als unreifer geltenden Jungen ausgelacht und nicht ernst genommen, da diese oft den Gesprächsstoff ins Lächerliche ziehen, Witze darüber machen und die Thematik nicht mit der notwendigen Ernsthaftigkeit angehen. Bei vorpubertierenden Jugendlichen mag deshalb eine vorübergehende, geschlechtsgetrennte Edukation von Vorteil und von einer gewissen Sinnhaftigkeit sein. Mädchen können womöglich dadurch ihre Unsicherheit besser überwinden, offener über ihre Fragen und Ängste reden und sich angenommen und geborgen fühlen. Sobald sich beide Geschlechter in der Pubertät befinden, ist wiederum eine Koedukation in der Sexualerziehung sinnvoller. Sowohl junge Frauen als auch junge Männer sollten nicht nur über ihren bzw. seinen eigenen Körper Bescheid wissen. Um sich und den anderen besser verstehen, akzeptieren und lieben zu können, ist es durchaus günstig, auch über die somatischen, psychischen und emotionalen Vorgänge im anderen Geschlecht informiert zu sein. Auch wenn beide Geschlechter viele Gemeinsamkeiten haben (v.a. physiologische und physische Prozesse), gibt es einige Unterschiede, die zu beachten sind und die sich auf die jeweilige Persönlichkeit und das jeweilige (Sexual)Verhalten auswirken können. Als Beispiel sei die Menstruation bei den Frauen genannt. Männer, die über die Vorgänge und Auswirkungen (v.a. physisch und emotional) des weiblichen Zyklus informiert sind, mögen bestimmte Verhaltensweisen, Stimmchwankungen und besonderen (sexuellen) Wünsche ihrer Partnerinnen besser verstehen als jene Männer, die eine größere Unwissenheit auf diesem Gebiet besitzen.



Um den verschiedenen Bedürfnissen beider Geschlechter gerecht werden zu können, ist eine adäquate, an die jeweilige Unterrichtssituation und den Lebensabschnitt der Jugendlichen angepasste Mischung aus getrennter und gemeinsamer Erziehung, aus meiner Sichtweise betrachtet, die beste Lösung.

#### **2.13.11 *Wünsche zur Sexualerziehung in der Schule***

Im Sexualkundeunterricht rückt plötzlich das Körpererleben in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Auf einmal sollen die Schüler und Schülerinnen gemeinsam Abbildungen von (sonst immer bedeckten) Geschlechtsorganen anschauen, es wird über Intimität geredet und Verhaltensweisen angesprochen, von denen die Erwachsenen nur hinter geschlossenen Türen reden. Vor allem jüngere Kinder sind oft von dem plötzlich offenen Umgang mit Sexualität irritiert und reagieren mit Peinlichkeit und lautem Gekicher. Dennoch sind die meisten Schüler und Schülerinnen der Meinung, dass Sexualerziehung in die Schule gehört und erwarten auch, dass dieser Themenbereich behandelt wird. (Vgl.: Milhoffer 2000, S. 135)

#### **2.13.12 *Wünsche bezüglich dem Geschlecht der Lehrperson***

Das Geschlecht der Lehrperson, die die Aufgabe der Sexualerziehung übernimmt, ist laut Milhoffer für Mädchen insgesamt häufiger von Belang als für Jungen. Zwei Drittel der Mädchen wünschen sich dabei eine weibliche Lehrperson, im Gegensatz dazu wünschen sich nur ein Drittel der Jungen einen männlichen Lehrer. Mädchen setzen voraus, dass eine Lehrerin über genauere Kenntnisse ihrer körperlichen Vorgänge und sexuellen Empfindungen verfügt und daher ein größeres Einfühlungsvermögen besitzt. Auch Jungen sind sich sicher mit einem Mann offener sprechen zu können. Sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen kommt es vor allem auf das körperliche Einfühlungsvermögen ihres Gegenübers an und wie wichtig es für sie ist, sich mit ihrer Ausdrucksweise angenommen zu fühlen und für Fragen nicht diskriminiert zu werden. (Vgl.: Milhoffer 2000. S. 139-141)

### **2.13.13 Wünsche in Bezug auf den Gebrauch von Medien**

Laut Milhoffer bevorzugen Schüler und Schülerinnen im Hinblick auf die Art der Vermittlung des Sexualkundeunterrichtsstoffes eine abwechslungsreiche und methodische Vielfalt. Mal soll ein Gespräch in der Klasse geführt werden, mal geschlechtsgetrennter Unterricht stattfinden, mal ein Film gezeigt werden, mal ein Gast in die Klasse kommen und mal Informationsmaterial wie Bücher und Broschüren zur Verfügung gestellt werden. (Vgl.: Milhoffer 2000, S. 148)

Egal welche Medien und Methoden beim Sexualkundeunterricht angeboten und in Anspruch genommen werden, wichtig dabei ist, dass die verwendeten Materialien altersgerecht sind, in einer einfachen, für die Schüler und Schülerinnen verständlichen Sprache geschrieben und verständlich gestaltet sind. Besonders beliebt sind dabei Anschauungsmaterialien wie Bilder oder Filme, denn diese bieten den Jugendlichen genauere Details und sie können sich unbeobachtet einer Neugier hingeben, die in der Realität nicht so einfach zufriedenzustellen ist. (Vgl.: Milhoffer 2000, S.149)

### **2.13.14 Medienerziehung als wichtiger Teil der Aufklärung**

Medien sind im sozialen Leben der Gegenwart unverzichtbar. Kinder und Jugendliche kommen beinahe täglich in Kontakt mit Bildern und Texten, die Sexuelles zum Inhalt haben – man denke nur an die Unterwäsche- und Parfumwerbeplakate, die überall hängen, oder an die zahlreichen Werbespots und Filmsequenzen mit brisantem Inhalt, die problemlos am Vorabend und teilweise sogar untertags im Fernsehen zu sehen sind.

Zurzeit (Standpunkt: November 2010) besitzen 94,1 % der Haushalte mit zwei Erwachsenen und Kindern von 15 Jahren oder jünger einen eigenen Internetzugang (Statistik Austria), wobei jedes dritte Kind einen PC im eigenen Zimmer hat. Seit dem Jahr 2003 hat fast jedes zweite Kind einen Fernseher im Zimmer und 90% der 11- bis 14- jährige besitzen bereits ein Handy. (Vgl.: [www.news.at](http://www.news.at))

Medien berichten über Informationen aus aller Welt und geben Auskünfte über alle möglichen Themen, die man sich nur vorstellen kann. *„Sexualität ist dabei eines von vielen Themen, deren gesellschaftliche Realität von den Medien übermittelt,*

*konstituiert und deren Kommunikation von ihnen wesentlich geprägt wird. Medien beeinflussen so das sexuelle Geschehen selbst.“ (Vgl.: Herrath, in: Sielert/Valtl 2000, S. 344)*

Die Behandlung vom Thema *Medien* im Rahmen der Sexualpädagogik ist laut Herrath aus folgenden Gründen von besonderer Wichtigkeit:

- *„Es wird unterstellt, dass die irreale, leistungsorientiert-warenhafte, frauenfeindliche und pornografisierende Darstellung von Sexualität in den allgegenwärtigen und mächtigen populären Medien einer gelingenden psychosexuellen Entwicklung Heranwachsender hinderlich sei. Deshalb brauche es eine medien- und ideologiekritische Sexualpädagogik, die kinder- und jugendschützerisch effektiv ist.*
- *Sexualpädagogik wird medial vermittelt – ob das Medium nun eine Broschüre, eine gruppenpädagogische Methode oder das Gespräch mit einer Vertrauenslehrerin ist. Deshalb wird medienpädagogische Kompetenz von immer mehr pädagogisch Tätigen als Voraussetzung sexualerzieherischen Handelns empfunden.“ (Vgl.: Herrath, in: Sielert/Valtl 2000, S. 344)*

Sexualität ist in den Medien allgegenwärtig (Werbung, Spielfilme, Zeitschriften, Videospielen, Hörfunkmedien, Internet, usw.). Die Konsumenten dieser Mittler sind in zunehmendem Maße Jugendliche, die teilweise ungeschützt, ohne Grenzen und elterlicher Kontrolle Gebrauch von ihnen machen. Erfolgt keine adäquate und begleitete Medienerziehung, dann kommt es bei den Jugendlichen zur Verinnerlichung vieler (falscher) Einstellungen, ohne dass diese auch nur ansatzweise reflektiert werden. Viele dieser Einstellungen werden so tief in einem verankert, dass eine Richtigstellung oft nur mit Mühe erfolgen kann. Es ist deshalb von enormer Wichtigkeit, dass erzieherisch Tätige in der Begleitung von Kindern und Jugendlichen auch deren Umgang mit Medien berücksichtigen. Obwohl viele Erwachsene in der Handhabung speziell neuer Medien oft den Jugendlichen unterlegen sind, fällt die Wertung trotzdem in den Verantwortungsbereich der Eltern und Lehrerschaft.

Der Medienbegriff wird sehr zutreffend von Herrath beschrieben: *„Medien sind ‚an sich‘ weder böse noch gut, und sie sind nicht ‚an sich‘ mächtig. Sie bilden ab, spiegeln Bedürfnisse und Interessen und wirken auf sie ein. Medien sollten passen –*

zu denjenigen, die sie einsetzen und zu denjenigen, an die sie adressiert sind.“ (Vgl.: Herrath, in: Sielert/Valtl 2000, S.347) Nicht die Medien an sich sind also das große Problem, sondern vielmehr der falsche Umgang mit ihnen und die Konsequenzen, die daraus erfolgen.

Wie Milhoffer richtig erkannt hat, führt das visuelle Überangebot dazu,

*„dass heut kaum noch Geheimnisse hinsichtlich der Intimität anderer gibt. Die eigenen Gefühle und Probleme macht das freilich nicht verständlicher. Folglich darf die Offenheit und Tabuentgrenzung präsentierter Sexualität nicht mit wirklicher Aufklärung verwechselt werden. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass die Konfrontation mit inszenierter Sexualität der Erwachsenenwelt erhebliche Irritationen auslösen kann. [...] Sowohl bei Jungen wie bei Mädchen kann bei aller Schüchternheit eine beträchtliche Neugierde, d.h. Orientierungssuche gegenüber Sexualität angenommen werden. Pornographische Darstellungen können als außergewöhnliche, mitunter sogar entscheidende Primärerfahrungen wirksam werden, und als besonders nachhaltige Eindrücke auch nachhaltige Orientierungsstörungen auslösen. Es besteht die Gefahr, dass sie auf pubertierende Jugendliche mit einer noch labilen, weil im Aufbau befindlichen Wertestruktur und Phantasie treffen, in der es darum geht, erfahrenes Vertrauen, Selbstvertrauen und Triebpotenzial in soziales Verhalten umzusetzen. Hinzu kommt die Authentizität vermittelnde Autorität der visuellen Darstellung, der immer wieder geglaubt wird, auch wenn sie zum Zweck der Reizvermittlung künstlich hergestellt wurde.“* (Vgl.: Milhoffer 2000, S. 132-133)

Medien sollten nicht abgeschaffen oder verboten werden, sondern es sollte vielmehr ein richtiger, kritischer und selbstbewusster Umgang mit ihnen vermittelt werden. Jugendliche müssen lernen, dass das was in den Medien gezeigt wird, nicht immer der Realität entspricht, sondern es sich oftmals beim sexuellen Angebot um überarbeitete Bilder und Videosequenzen handelt, die dem alleinigen Verkaufszweck dienen. Ein selbstbewusster, erfolgreicher Umgang mit den Medien seitens der Jugendlichen kann nur dann erreicht werden, wenn sie von Beginn an Gegenstand der Erziehung sind. In den letzten Jahrzehnten sind Medien zwar verstärkt zu Miterziehern geworden, und obwohl sie auch eine unterstützende Wirkung in der Erziehung haben, sollen und können sie auch nicht die Lehrer und Lehrerinnen aber vor allem nicht die Eltern ersetzen. Eltern müssen ihren Kindern den richtigen

Umgang mit Fernsehen, Internet und Mobiltelefon beibringen und den Konsum ihrer Kinder unter Kontrolle haben. Die Unterschiede zwischen Realität und Fiktion – nicht nur im Bereich des sexuellen medialen Angebots – soll regelmäßig zu Gespräch gebracht werden. Eltern sollten Grenzen setzen, nicht um den Jugendlichen etwas zu verbieten, sondern um ihnen einen altersgerechten, selbstbewussten und eigenverantwortlichen Umgang beizubringen.

### **3. FORSCHUNGSFRAGEN UND HYPOTHESEN**

Das Ziel dieser Erhebung war es, sowohl geschlechtsspezifische als auch sprachspezifische Unterschiede im Hinblick auf Interessen, Informationsquellen, Wissen und Wünsche bezüglich des Themenkreises ‚Sexualerziehung‘ der südtiroler Jugendlichen zu analysieren. Bei den Befragten handelte es sich um Schüler und Schülerinnen der 9. und 12. Schulstufe. Der Fragebogen wurde in acht verschiedenen Schulen in Brixen, Bruneck und Stern/La Ila (Gadertal) durchgeführt. Anhand der Befragung sollte erhoben werden, woher die südtiroler Jugendlichen die Information über Sexualität haben, welche Informationsquellen sie heranziehen und wie gut, sicher und richtig ihr Wissen in sexuellen Themengebieten ist. Ein besonderes Augenmerk soll auf den bereits erlebten Sexualkundeunterricht und die Unterschiede zwischen den verschiedenen Schultypen gerichtet werden. Zuletzt soll auch die Meinung der Probanden dazu ermittelt werden, wie das Thema Sexualität im Schulalltag präsentiert werden sollte und über welche Themenbereiche sie gerne mehr Information hätten.

#### Fragestellungen:

- Wie ‚aufgeklärt‘ ist Südtirols Jugend? Wie viel wissen die Schüler und Schülerinnen über das Thema Sexualität? Ist ihr Wissen ‚richtig‘ oder handelt es sich dabei um sogenanntes ‚Pseudowissen‘? Gibt es Geschlechtsunterschiede? Sind Mädchen besser ‚aufgeklärt‘ als Jungen? Gibt es Unterschiede zwischen den drei südtiroler Amtssprachen?
- Von wem bekommen die Jugendlichen die Information über Sexualität bzw. wer hat die Sexualerziehung übernommen? Wurden sie von ihren Eltern aufgeklärt? Hat die Schule die Aufgabe der Sexualerziehung übernommen oder haben sie sich das Wissen selbst angeeignet (mit Hilfe von Büchern, Broschüren, Zeitungen, Internet, usw.)?
- Welche Verhütungsmethoden sind den Jugendlichen bekannt? Wie gut sind sie über ihren Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten und ihre Sicherheit in Bezug auf die Verhütung einer Schwangerschaft informiert?
- Wie bewerten die Schüler und Schülerinnen ihr eigenes Wissen über Sexualität? Wie haben sie ihren eigenen Sexualkundeunterricht empfunden?

- Wie groß ist das allgemeine Interesse der Jugendlichen zu diesem Thema und wo, wie und von wem möchten sie mehr erfahren?
- Welche Themen wurden im Sexualkundeunterricht besprochen und wie viele Unterrichtsstunden wurden in den jeweiligen Schulen dazu bestimmt?

Hypothesen:

- Südtirols Jugendliche wissen im Allgemeinen nicht viel über die Themen rund um Sexualität und was sie wissen, entspricht nicht der Wirklichkeit/Richtigkeit.
- Das Thema Sexualkunde wird nur geringfügig und in beschränktem Maß in der Schule unterrichtet, speziell in Schulen mit naturwissenschaftlicher Richtung.
- Mädchen sind wesentlich besser informiert als Jungen und ihr Sexualwissen ist fundierter und exakter.
- Die Mehrheit der Schüler und Schülerinnen erhält die Information nicht von den Eltern oder in der Schule, sondern eignet sich das Wissen selbständig an mit Hilfe von Büchern, Zeitschriften oder Internet.
- Trotz der enormen Tabuisierung des Themas und des Wissensdefizits – oder gerade deswegen – haben Südtirols Jugendliche ziemlich früh sexuelle Kontakte zu Gleichaltrigen.

## **4. MATERIAL UND METHODEN**

### **4.1 Die Auswahl der Schulen**

---

Die Schulen wurden so ausgewählt, dass eine möglichst gleiche Anzahl an Probanden und Verteilung der Geschlechter in den zwei Schulstufen gegeben war. Des Weiteren wurde versucht, Probanden aller drei Amtssprachen zu befragen, wobei die Italienisch sprechenden Schüler und Schülerinnen deutlich in der Minderzahl waren. Um einen erheblichen, für die Erhebung bedeutenden Anteil der Ladinisch sprechenden Schüler und Schülerinnen zu erlangen, wurde die Befragung auch an einer rein ladinischen Schule durchgeführt. Bei den anderen sieben Schulen handelte es sich um deutsche Schulen, mit je einem geringen Anteil an ladinischen und italienischen Schülern und Schülerinnen.

Der Fragebogen wurde in folgenden Schulen ausgeteilt:

- Humanistisches Gymnasium ‚Vinzentinum‘ Brixen
- Humanistisches Gymnasium ‚Nikolaus Cusanus‘ Bruneck
- Pädagogisches Gymnasium ‚Josef Gasser‘ Brixen
- Pädagogisches Gymnasium Bruneck
- Realgymnasium ‚J. Ph. Fallmerayer‘ Brixen mit angegliederter Gewerbeoberschule
- Realgymnasium Bruneck
- Gewerbeober Bruneck
- ITC – Liceo La Ila

In der Tabelle 1 wird eine genaue Verteilung der Befragten pro Schule dargestellt. Dabei wird ersichtlich, dass im Realgymnasium Brixen die meisten Schüler und Schülerinnen (98 Probanden, 18,1%) befragt wurden. Relativ stark vertreten sind auch das Realgymnasium Bruneck mit 93 Probanden (17,2%) und das Pädagogische Gymnasium Bruneck mit 88 Probanden (16,2%). Die Schule mit den



wenigsten Probanden war das Humanistische Gymnasium ‚Vinzentinum‘ in Brixen mit nur 10 Befragten (1,8%).

**Tab. 1.:** Probandenverteilung in den verschiedenen Schulen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Schule A	Pädagogisches Gymnasium Brixen	64	11,8	11,8	11,8
Schule B	Realgymnasium Brixen	98	18,1	18,1	29,9
Schule C	Vinzentinum Brixen	10	1,8	1,8	31,7
Schule D	Pädagogisches Gymnasium Bruneck	88	16,2	16,2	48
Schule E	ITC - Liceo La Ila	61	11,3	11,3	59,1
Schule F	Realgymnasium Bruneck	93	17,2	17,2	76,4
Schule G	Humanistisches Gymnasium Bruneck	57	10,5	10,5	86,9
Schule H	Gewerbeober Bruneck	61	13,1	13,1	100
	Gesamt	542	100	100	

Der Einfachheit halber wurden die Schulen bei den Ergebnissen mit Schule A bis Schule H kodiert, wobei die Reihenfolge der Kodierung mit der Reihenfolge der Auflistung der Schulen in Tabelle 1 übereinstimmt.

#### ***4.2 Die Auswahl der Probanden und Probandinnen***

Bei den Probanden handelte es sich um Schüler und Schülerinnen der 1. und 4. Oberschule (9. und 12. Schulstufe) aus acht südtiroler Schulen. Insgesamt konnten 542 Jugendliche befragt werden. Die genaue Anzahl der befragten Schüler und Schülerinnen pro Schulstufe ist in der Tabelle 2 dargestellt.

**Tab. 2.:** Anzahl der Schüler und Schülerinnen pro Schulstufe

Schulstufe	Anzahl	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 9	290	53,5	53,5	53,5
12	252	46,5	46,5	100,0
Gesamt	542	100,0	100,0	

Die erste Klasse ist mit 53,5% im Vergleich zu den 46,5% der vierten Klasse etwas überrepräsentiert. Die Geschlechterverteilung in den einzelnen Schulstufen wird in der Tabelle 3 dargelegt.

**Tab. 3.:** Geschlechtsverteilung in den Schulstufen

		<b>Geschlecht</b>	
		<i>Mann</i>	<i>Frau</i>
<b>Schulstufe 9</b>	<i>Anzahl</i>	126	162
	<i>Prozente</i>	43,8	56,3
<b>Schulstufe 12</b>	<i>Anzahl</i>	110	140
	<i>Prozente</i>	44	56
<b>Gesamt</b>	<i>Anzahl</i>	236	302
	<i>Prozente</i>	43,9	56,1

### **4.3 Der Fragebogen**

Die Erhebung erfolgte mittels eines anonymen Fragebogens, der eigens für diese Untersuchung erstellt wurde. Die Fragen waren für beide Geschlechter identisch, abgesehen von einer Zusatzfrage bezüglich der Menstruation, die nur von den Mädchen beantwortet werden sollte. Der Fragebogen wurde für alle – auch in der ladinischen Oberschule – in deutscher Sprache ausgeteilt.

Der Fragebogen enthielt Fragen zu folgenden Themenkomplexen:

- Persönliche Angaben zu: Alter, Geschlecht, Muttersprache, Geschwister und Angaben zur Bevölkerungsgröße der Orte, in der die Volksschule bzw. die Mittelschule besucht wurde.
- Angabe zur Informationsquellen: Familie, Schule, soziales Umfeld und Medien.
- Angaben zur bisher erfolgten schulischen Wissensvermittlung: Anzahl der dafür investierten Unterrichtsstunden, Angaben zum Vermittler bzw. zur Vermittlerin des Wissens und Schätzungen der Intensität der durchgeführten Themen.
- Erfahrungen bezüglich Geschlechtsverkehrs und Verhütungsmethoden.

- Wissen über: weiblichen Zyklus, männliche und weibliche Fruchtbarkeit, männliche und weibliche Geschlechtsorgane, Zeitpunkt der Empfängnisbereitschaft, Dauer der Schwangerschaft, u.a.
- Informationsbeschaffung: Themenbereiche zu denen die Jugendlichen mehr Information haben möchten bzw. Themenbereiche, die im Sexualkundeunterricht näher besprochen werden sollten, Angaben zur Art der von den Jugendlichen erwünschten Wissensvermittlung.

#### ***4.4 Durchführung der Befragung***

---

Um die Befragung in den Schulen in Südtirol durchführen zu dürfen, musste keine Genehmigung vom Schulamt eingeholt werden, da die Schulen selbst auf Grund ihrer Autonomie entscheiden können, ob sie eine Untersuchung zulassen oder ablehnen. Die für die Erhebung in Frage kommenden Schulen wurden zuerst per Mail kontaktiert und bei einem folgenden persönlichen Termin wurde der Zeitpunkt der Erhebung fixiert.

Da die Schüler und Schülerinnen der 9. Schulstufe noch nicht volljährig waren, musste vor der Befragung eine Einverständniserklärung der Eltern eingeholt werden. Dazu wurde ein Elternbrief verfasst, in dem die Beweggründe für diese Arbeit erläutert wurden und ihnen versichert wurde, dass die Teilnahme freiwillig sei und die Anonymität der Befragten gewahrt werden würde.

Am Tag der Befragung wurde den Probanden nahegelegt, den Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen, nachdem ihnen nochmals versichert wurde, dass die Umfrage anonym sei und es sich um keine Testsituation handelte. Die Befragungsdauer betrug etwa zwischen 15 und 20 Minuten.

#### ***4.5 Statistische Analyse und Auswertung***

---

Für die Analyse konnten alle 542 Fragebögen in Betracht gezogen werden, da alle korrekt ausgefüllt waren. Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des SPSS-Programms „PASW Statistics 18“.

Die Auswertungen wurden so gewählt, dass zwischen den Geschlechtern, der Schulstufe und der Muttersprache verglichen wurde. Zunächst wurde mit Hilfe deskriptiver Statistik Mittelwert, Standardabweichungen, Minimum-Maximum aber auch absolute und relative Häufigkeit erfasst. Beim Hauptteil der Analyse wurde hauptsächlich mit Kreuztabellen gearbeitet und mit Hilfe von Chi-Square Test wurde die statistische Signifikanz geprüft. Dabei wurde eine statistische Signifikanz ab  $p < 0,05$  angenommen.

## 5. ERGEBNISSE

### 5.1 Angaben zur Person

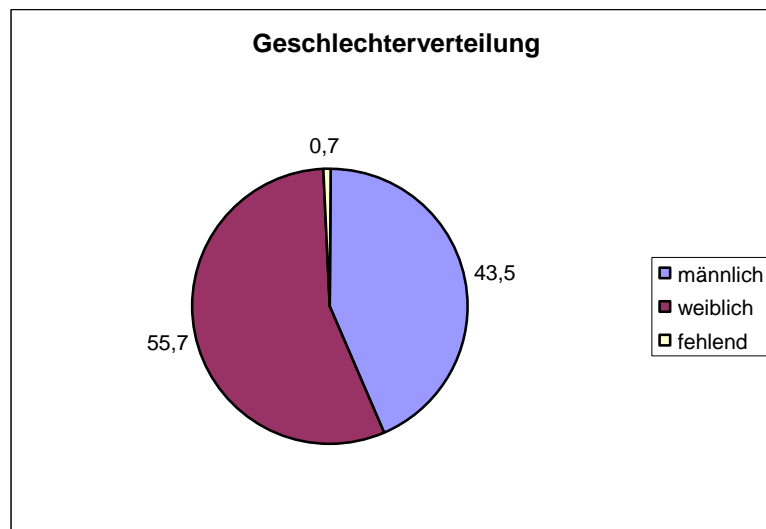
Insgesamt haben 539 Probanden ihr Alter angegeben, drei Altersangaben fehlen. Der Mittelwert des Alters der Befragten betrug 15,99 Jahre (Standardabweichung = 1,604), der/die Jüngste war zum Zeitpunkt der Erhebung 14, der/die Älteste war 21 Jahre alt.

**Tab. 4:** Altersverteilung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	14	132	24,4	24,5	24,5
	14,5	2	,4	,4	24,9
	15	133	24,5	24,7	49,5
	16	18	3,3	3,3	52,9
	17	135	24,9	25,0	77,9
	18	105	19,4	19,5	97,4
	19	10	1,8	1,9	99,3
	20	3	,6	,6	99,8
	21	1	,2	,2	100,0
	Gesamt	539	99,4	100,0	
Fehlend	System	3	,6		
Gesamt		542	100,0		

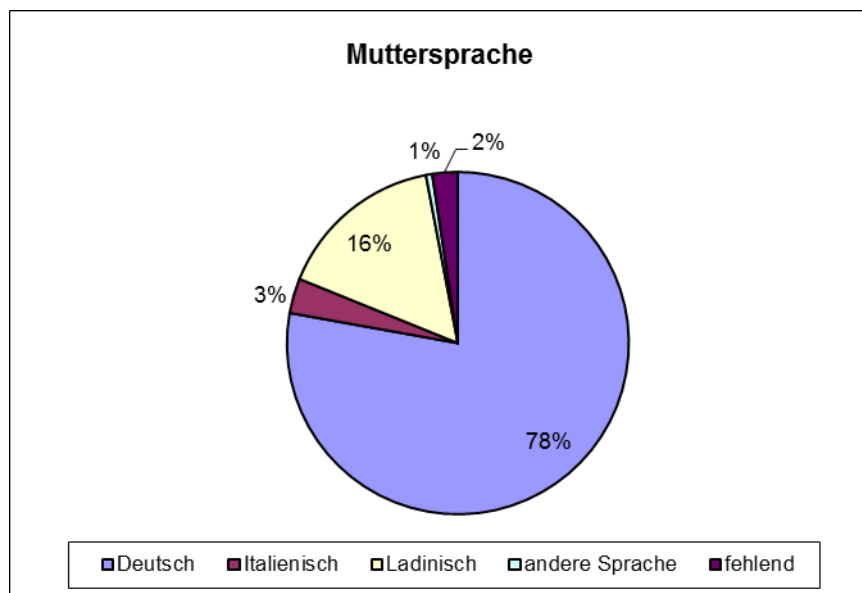
Aus der Tabelle 4 lässt sich erkennen, dass die meisten Befragten, d.h. die Gruppe der 14- (24,4%), der 15- (24,5%) und der 17-jährige (24,9%) nahezu gleich vertreten ist. Die Gruppe der 18-jährige ist mit 19,4% auch noch relativ stark vertreten. 3,3% der Befragten waren zum Zeitpunkt der Erhebung 16 Jahre alt. Drei Probanden gaben das Alter von 20 Jahren an und ein Befragter war 21 Jahre alt. Drei der Befragten haben keine Altersangabe angegeben.

**Abb. 1:** Grafische Darstellung der Geschlechterverteilung



Wie aus der Abbildung 1 ersichtlich, waren über die Hälfte der Probanden, nämlich 55,7% weiblichen Geschlechts, während das männliche Geschlecht mit 43,5% vertreten war. 0,7% der Befragten haben kein Geschlecht angegeben.

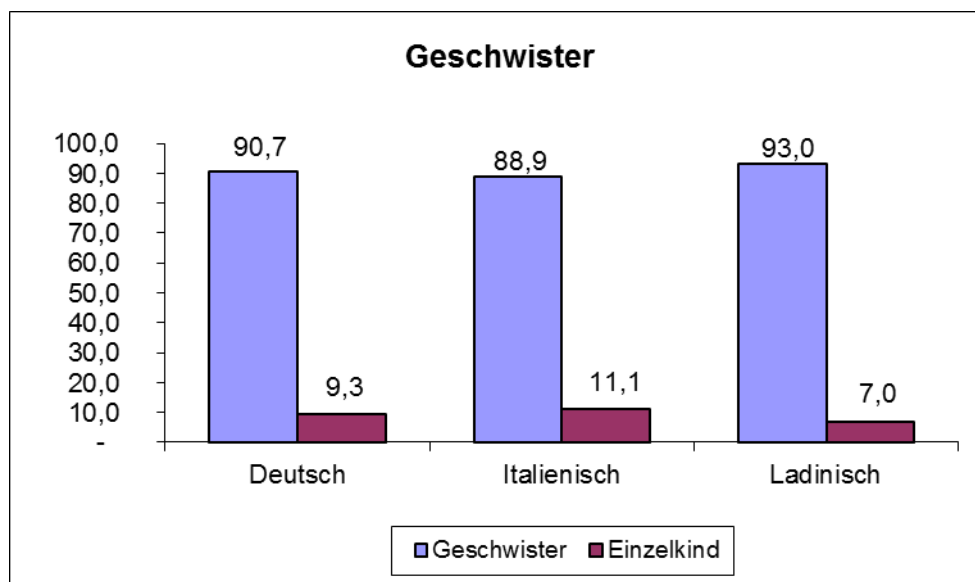
**Abb. 2:** Graphische Darstellung der Muttersprachenverteilung



Der Großteil der Befragten, nämlich 77,9% war deutscher Muttersprache. 86 Probanden (15,9%) waren ladinischer Muttersprache und 18 Probanden (3,3%) italienischer Muttersprache. Der Rest, insgesamt 16 Probanden, gaben entweder

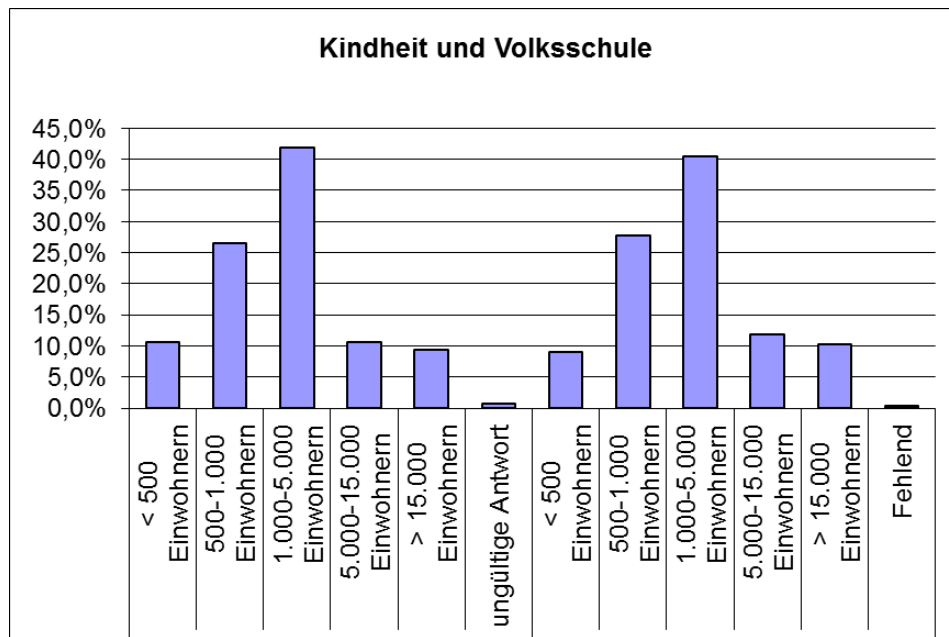
eine andere Sprache an (jeweils eine Person gab arabisch, serbisch bzw. englisch als Muttersprache an), eine Kombination aus zwei Muttersprachen (vier Probanden gaben Deutsch und Italienisch, zwei gaben Deutsch und Ladinisch und eine Person gab Italienisch und Ladinisch als Muttersprache an) und sechs Befragten gaben gar keine Muttersprache an. Bei jenen Probanden, die eine Kombination aus zwei Sprachen angegeben haben, wurde immer die erste Angabe als Muttersprache für die Auswertung gewertet. Die drei Probanden mit einer anderen Muttersprache wurden auf Grund der geringen Signifikanz in der Auswertung nicht weiter berücksichtigt.

**Abb. 3:** Graphische Darstellung der Geschwister



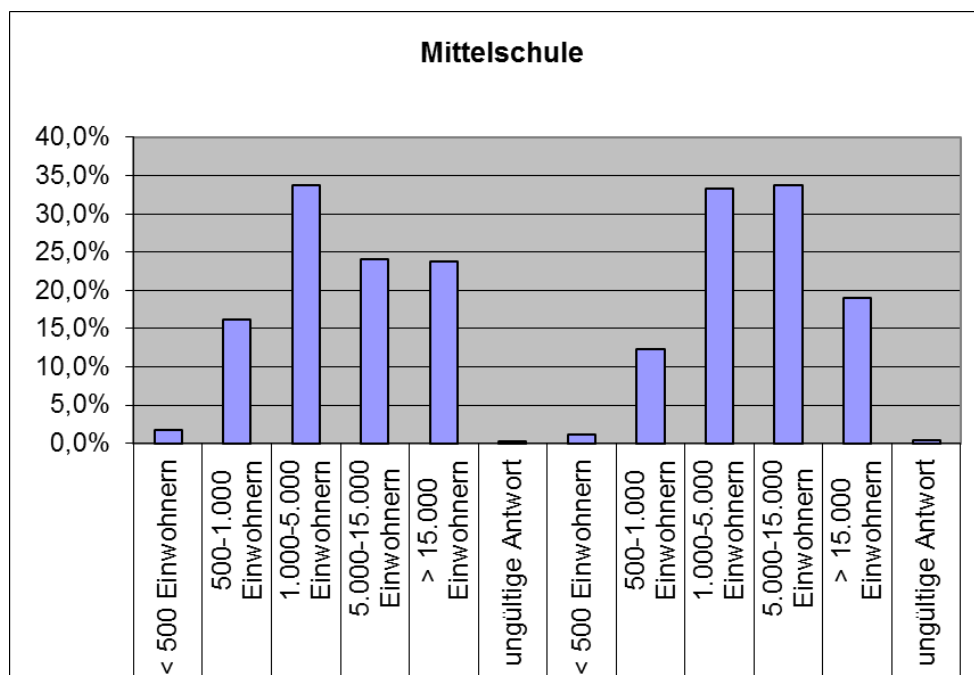
Wie aus der Abbildung 3 ersichtlich, haben die meisten Befragten angegeben, ein oder mehrere Geschwister zu haben. Nur 9,3% der deutschen, 11,1% der italienischen und 7 % der ladinischen Befragten waren Einzelkinder.

**Abb. 4:** Graphische Darstellung zu Kindheit und Volksschule



Wie aus Abbildung 4 zu entnehmen ist, haben die meisten Befragten sowohl der 9. (41,9%) als auch der 12. (40,5%) Schulstufe ihre Kindheit und die Volksschule in einem Ort mit 1.000 bis 5.000 Einwohnern verbracht. Nur eine geringe Anzahl der Probanden der 9. Schulstufe (10,7%) und der 12. Schulstufe (9,1%) kommen aus einem Dorf mit weniger als 500 Einwohnern. Genauso kommen auch nur ca. 10% beider Schulstufen aus einer Stadt mit über 15.000 Einwohnern.

**Abb. 5:** Graphische Darstellung zu Mittelschule





33,8% der Befragten der 9. Schulstufe haben auch die Mittelschule in einem Ort mit 1.000 bis 5.000 Einwohnern besucht. Nur 1,7% der Probanden haben hingegen die Mittelschule in einem Dorf mit weniger als 500 Einwohnern besucht. In der 12. Schulstufe hat die Mehrheit (33,7%) der Schüler und Schülerinnen die Mittelschule in einer Stadt mit 5.000 bis 15.000 Einwohnern, ungefähr genauso viel (33,3%) hat die Mittelschule in einem Ort mit 1.000 bis 5.000 Einwohnern besucht.

**Tab. 5:** Kindheit und Volksschule - Muttersprache

	Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
< 500 Einwohnern	10,7%	0%	9,3%	p = 0,002
500-1.000 Einwohnern	24,5%	27,8%	40,7%	
1.000-5.000 Einwohnern	38,8%	50%	48,8%	
5.000-15.000 Einwohnern	13,8%	5,6%	1,2%	
> 15.000 Einwohnern	11,7%	16,7%	0%	
ungültige Antwort	0,5%	0%	0%	

Die Mehrheit der Probanden aller drei Muttersprachen haben ihre Kindheit und die Volksschule in einem Ort mit 1.000 bis 5.000 Einwohnern verbracht bzw. besucht: 38,8% der Deutschen, 50% der Italiener und 48,8% der Ladinier. In den Städten hingegen haben mehr deutsche Probanden (ca. 10%) ihre Kindheit verbracht als ladinische Befragte (0 - 1,2%). Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den Muttersprachen und dem Ort, an dem die jeweiligen Probanden ihre Kindheit verbracht und die Volksschule besucht haben.

**Tab. 6:** Mittelschule - Muttersprache

	Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
< 500 Einwohnern	1,4%	0%	2,3%	p = 0,000
500-1.000 Einwohnern	0,0%	33,3%	36,0%	
1.000-5.000 Einwohnern	28,7%	33%	57,0%	
5.000-15.000 Einwohnern	35,6%	5,6%	2,3%	
> 15.000 Einwohnern	24,9%	27,8%	2%	
ungültige Antwort	0,2%	0%	0%	

Tabelle 6 zeigt die Anzahl der Dorf- bzw. Stadtbewohnern an, in denen die Probanden die Mittelschule besucht haben. Auch hier konnte ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Muttersprachen festgestellt werden.

## 5.2 Herkunft der Informationsquellen

Tab. 7: Herkunft der Informationsquellen in der 9. Schulstufe

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mutter</i>	38,6%	50%	33,3%	n.s.
	<i>Vater</i>	24,8%	50%	20%	n.s.
	<i>Schwester</i>	7,9%	0%	13,3%	n.s.
	<i>Bruder</i>	4%	0%	6,7%	n.s.
	<i>Bekannte</i>	14,9%	25%	0%	n.s.
	<i>Freunde</i>	60,4%	87,5%	80%	n.s.
	<i>Unterricht</i>	48,5%	0%	60%	p = 0,017
	<i>Broschüren</i>	11,9%	0%	0%	n.s.
	<i>Aufklärungsbücher</i>	23,8%	0%	6,7%	n.s.
	<i>digitale Medien</i>	32,7%	25%	53,3%	n.s.
	<i>Zeitschriften</i>	5%	12,5%	6,7%	n.s.
	<i>pornographisches Material</i>	31,7%	37,5%	53,3%	n.s.
	<i>Internet</i>	37,6%	25%	66,7%	n.s.
	<i>Vorträge</i>	7,9%	0%	20%	n.s.
	<i>Experten</i>	2%	0%	6,7%	n.s.
	<i>eigenes Ausprobieren</i>	27,7%	50%	13,3%	n.s.
	<i>Anderes</i>	3%	0%	0%	n.s.
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mutter</i>	53,4%	75%	48,5%	n.s.
	<i>Vater</i>	12,7%	0%	3%	n.s.
	<i>Schwester</i>	11,9%	25%	6,1%	n.s.
	<i>Bruder</i>	3,4%	0%	3%	n.s.
	<i>Bekannte</i>	7,6%	0%	9,1%	n.s.
	<i>Freunde</i>	53,4%	75%	63,6%	n.s.
	<i>Unterricht</i>	55,9%	75%	72,7%	n.s.
	<i>Broschüren</i>	10,2%	25%	6,1%	n.s.
	<i>Aufklärungsbücher</i>	22%	0%	3%	p = 0,055
	<i>digitale Medien</i>	21,2%	0%	9,1%	n.s.
	<i>Zeitschriften</i>	24,6%	0%	18,2%	n.s.
	<i>pornographisches Material</i>	1,7%	0%	0%	n.s.
	<i>Internet</i>	11%	0%	9,1%	p = 0,032
	<i>Vorträge</i>	11%	25%	21,2%	n.s.
	<i>Experten</i>	5,1%	25%	9,1%	n.s.
	<i>eigenes Ausprobieren</i>	5,9%	0%	3%	n.s.
	<i>Anderes</i>	4,2%	0%	3%	n.s.

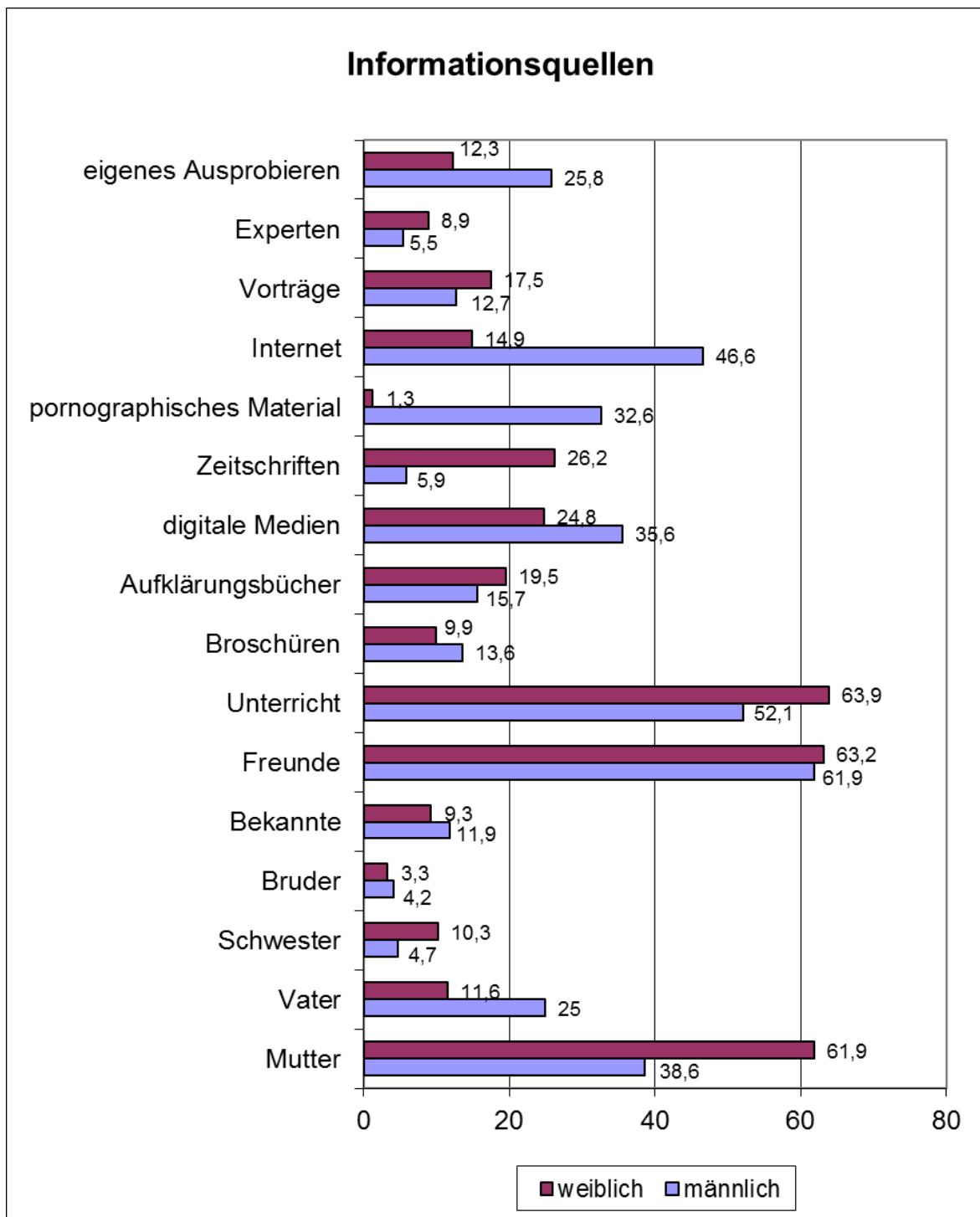
Die Tabelle 7 zeigt woher die Jugendlichen aller drei Muttersprachen ihr Wissen über die Sexualität beziehen. Die meisten Jungen der 9. Schulstufe nennen als häufigste Informationsquelle Freunde, die Mädchen der gleichen Schulstufe entweder die Mutter, Freunde oder den Unterricht. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Sprachen wurden bei den Informationsquellen Unterricht (Jungen), bei Aufklärungsbüchern und Internet (Mädchen) festgestellt.

**Tab. 8:** Herkunft der Informationsquellen in der 12. Schulstufe

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mutter</i>	34%	66,7%	63,6%	n.s.
	<i>Vater</i>	23,4%	33,3%	18,2%	n.s.
	<i>Schwester</i>	1,1%	0%	0%	n.s.
	<i>Bruder</i>	3,2%	0%	18,2%	n.s.
	<i>Bekannte</i>	10,6%	0%	0%	n.s.
	<i>Freunde</i>	57,4%	66,7%	72,7%	n.s.
	<i>Unterricht</i>	61,7%	33,3%	54,5%	n.s.
	<i>Broschüren</i>	20,2%	0%	0%	n.s.
	<i>Aufklärungsbücher</i>	9,6%	0%	18,2%	n.s.
	<i>digitale Medien</i>	37,2%	33,3%	36,4%	n.s.
	<i>Zeitschriften</i>	5,3%	0%	18,2%	n.s.
	<i>pornographisches Material</i>	27,7%	66,7%	27,3%	n.s.
	<i>Internet</i>	57,4%	66,7%	18,2%	n.s.
	<i>Vorträge</i>	18,1%	0%	18,2%	n.s.
	<i>Experten</i>	9,6%	33,3%	0%	n.s.
	<i>eigenes Ausprobieren</i>	22,3%	33,3%	18,2%	n.s.
	<i>Anderes</i>	0%	33,3%	0%	p = 0,000
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mutter</i>	72%	66,7%	69,2%	n.s.
	<i>Vater</i>	13,1%	33,3%	3,8%	n.s.
	<i>Schwester</i>	9,3%	0%	11,5%	n.s.
	<i>Bruder</i>	2,8%	0%	0%	n.s.
	<i>Bekannte</i>	10,3%	33,3%	11,5%	n.s.
	<i>Freunde</i>	71%	33,3%	73,1%	n.s.
	<i>Unterricht</i>	72%	66,7%	57,7%	n.s.
	<i>Broschüren</i>	11,2%	0%	0%	n.s.
	<i>Aufklärungsbücher</i>	24,3%	0%	19,2%	n.s.
	<i>digitale Medien</i>	36,4%	0%	26,9%	n.s.
	<i>Zeitschriften</i>	31,8%	0%	34,6%	n.s.
	<i>pornographisches Material</i>	0,9%	0%	3,8%	n.s.
	<i>Internet</i>	19,6%	0%	26,9%	n.s.
	<i>Vorträge</i>	22,4%	33,3%	26,9%	n.s.
	<i>Experten</i>	9,3%	0%	19,2%	n.s.
	<i>eigenes Ausprobieren</i>	20,6%	0%	23,1%	n.s.
	<i>Anderes</i>	1,9%	0%	0%	n.s.

In der 12. Schulstufe gaben 61,7% der deutschen Buben den Unterricht und 72,7% der ladinischen Jungen Freunde als primäre Informationsquelle an. 66,7% der italienischen Schüler nannten die Mutter, Freunde, pornographisches Material und Internet als Informationsquelle. Die deutschen Mädchen gaben die Mutter (72%), den Unterricht (72%) und Freunde (71%), die italienischen Mädchen die Mutter und den Unterricht (66,7%) und die ladinischen Mädchen Freunde (73,1%) und die Mutter (69,2%) als Informationsquelle an.

**Abb. 6:** Grafische Darstellung der Informationsquellen der Jugendlichen



Die Grafik 6 veranschaulicht, welche Informationsquellen von den männlichen bzw. weiblichen Probanden zum Erlangen von Sexualwissen herangezogen wurden. Auffallend ist, dass beide Geschlechter den Unterricht und die Freunde als häufigsten Informationsquellen genannt haben.

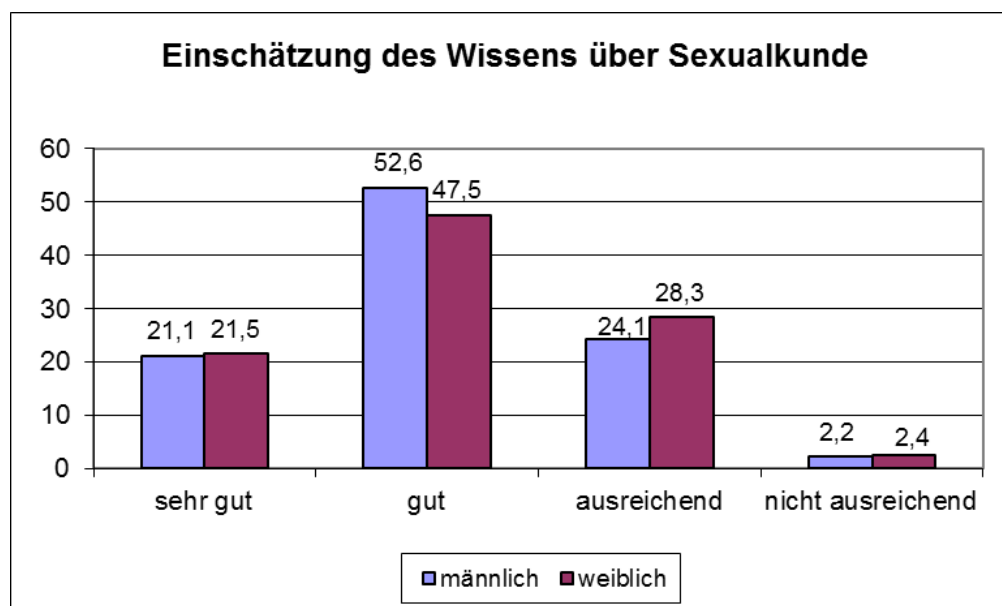
### 5.3 Einschätzung des eigenen Wissens

**Tab. 9:** Einschätzung des eigenen Wissens bezüglich der Sexualkunde

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>sehr gut</i>	26,7%	12,5%	7,1%	n.s.
	<i>gut</i>	51,5%	50%	64,3%	
	<i>ausreichend</i>	18,8%	25%	21,4%	
	<i>nicht ausreichend</i>	3%	12,5%	7,1%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>sehr gut</i>	18%	0%	6,1%	n.s.
	<i>gut</i>	44,3%	50%	45,5%	
	<i>ausreichend</i>	35,7%	50%	39,4%	
	<i>nicht ausreichend</i>	1,7%	0%	9,1%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>sehr gut</i>	18,7%	33,3%	9,1%	n.s.
	<i>gut</i>	49,5%	33,3%	72,7%	
	<i>ausreichend</i>	31,9%	33,3%	18,3%	
	<i>nicht ausreichend</i>	0%	0%	0%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>sehr gut</i>	33,6%	33,3%	11,5%	n.s.
	<i>gut</i>	46,7%	33,3%	57,7%	
	<i>ausreichend</i>	18,7%	33,3%	23,1%	
	<i>nicht ausreichend</i>	0%	0%	7,7%	
	<i>ungültige Antwort</i>	0,9%	0%	0%	

In der Tabelle 9 wird aufgezeigt, wie gut die Befragten nach Geschlecht und Schulstufe ihr Wissen in Bezug auf Themen der Sexualität einschätzen. In keiner Schulstufe konnten signifikante Unterschiede zwischen den Sprachen festgestellt werden.

**Abb. 7:** Grafische Darstellung zur Einschätzung des Wissens über Sexualkunde



## 5.4 Der Sexualkundeunterricht im Schuljahr 2009/10

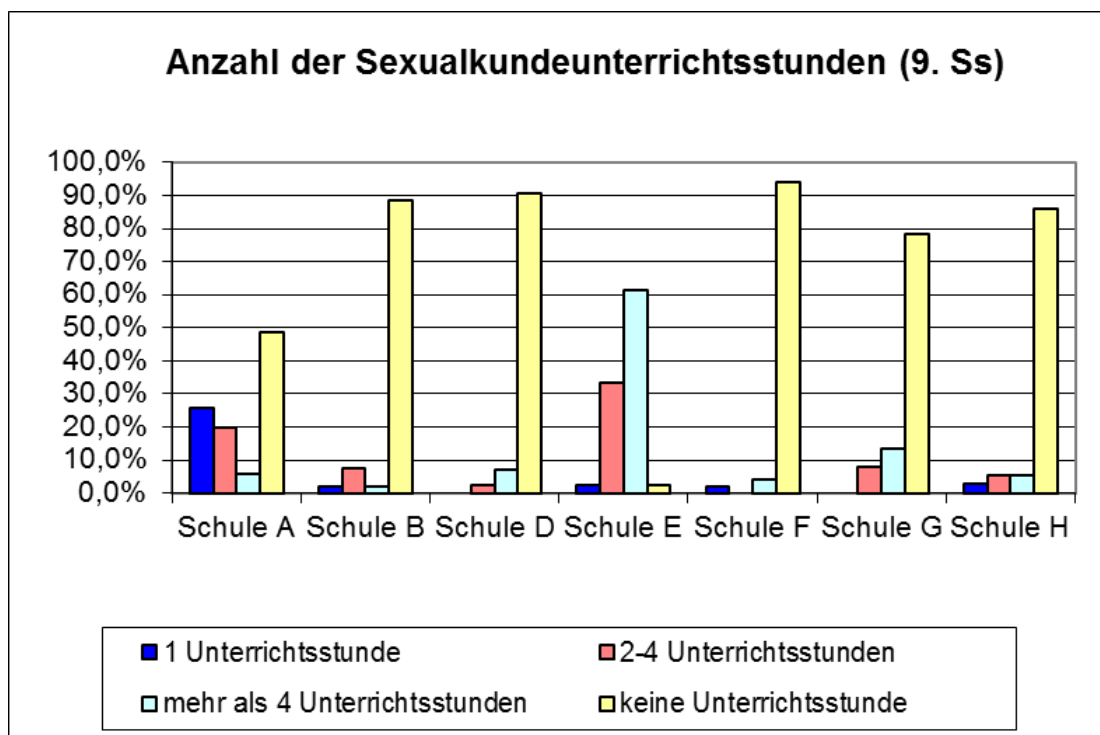
### 5.4.1 Anzahl der Unterrichtsstunden für Sexualkundeunterricht

**Tab. 10:** Anzahl der Sexualunterrichtsstunden

9. Schulstufe	Schule A	Schule B	Schule D	Schule E	Schule F	Schule G	Schule H	Signifikanz
1 Unterrichtsstunde	25,7%	1,9%	0%	2,6%	2,1%	0%	2,8%	p = 0,000
2-4 Unterrichtsstunden	20,0%	7,7%	2,4%	33,3%	0%	8,1%	5,6%	
mehr als 4 Unterrichtsstunden	5,7%	1,9%	7,1%	61,5%	4,2%	13,5%	5,6%	
keine Unterrichtsstunde	48,6%	88,5%	90,5%	2,6%	93,8%	78,4%	86,1%	

Mit Ausnahme der Schule E haben die meisten Befragten der 9. Schulstufe aller Schulen angegeben, dass keine Unterrichtsstunde für Sexualkundeunterricht verwendet wurde. In den einzelnen Klassen, in denen Unterrichtsstunden für Sexualkunde investiert wurden, hat man eine Unterrichtsstunde (25,7% Schule A) oder 2 - 4 Unterrichtsstunden (20% in Schule A, 33,3% in Schule E) für den Sexualkundeunterricht investiert. Mehr als 4 Unterrichtsstunden für Sexualkundeunterricht hat man in Schule E (61,5%) und Schule G (13,5%) investiert.

**Abb. 8:** Grafische Darstellung der Anzahl an Sexualkundeunterrichtsstunden

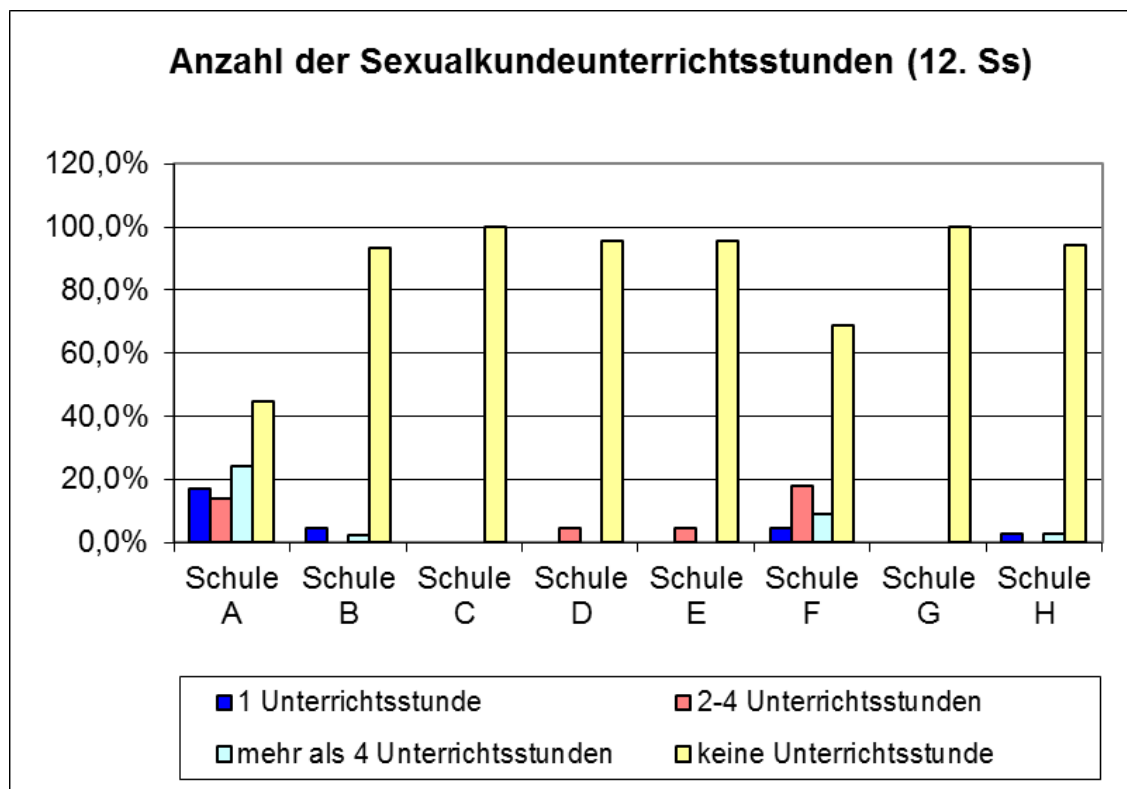


**Tab. 11:** Anzahl der Sexualkundeunterrichtsstunden

12. Schulstufe	Schule A	Schule B	Schule C	Schule D	Schule E	Schule F	Schule G	Schule H	Signifikanz
1 Unterrichtsstunde	17,2%	4,3%	0%	0%	0%	4,4%	0%	2,9%	p = 0,000
2-4 Unterrichtsstunden	13,8%	0%	0%	4,4%	4,5%	17,8%	0%	0%	
mehr als 4 Unterrichtsstunden	24,1%	2,2%	0%	0%	0%	8,9%	0%	3%	
keine Unterrichtsstunde	44,8%	93,5%	100%	95,6%	95,5%	68,9%	100%	94,3%	

Auch in der 12. Schulstufe haben die meisten Probanden aller Schulen angegeben, keine Unterrichtsstunde und somit kein Sexualkundeunterricht im Jahr der Umfrage gehabt zu haben. In der Schule A gaben 17,2% der Befragten an, eine Unterrichtsstunde, 13,8% zwei bis vier Unterrichtsstunden und 24,1% mehr als vier Unterrichtsstunden in Sexualkunde gehabt zu haben. Auch in Schule F haben 4,4% der Befragten angegeben, eine Unterrichtsstunde, 17,8% zwei bis vier Stunden und 8,9% mehr als vier Sexualkundeunterrichtsstunden gehabt zu haben. Alle Befragten der Schule C und der Schule G haben laut Umfrage keine einzige Unterrichtsstunde für das Thema Sexualkunde gehabt.

**Abb. 9:** Grafik zur Anzahl der Sexualkundeunterrichtsstunden



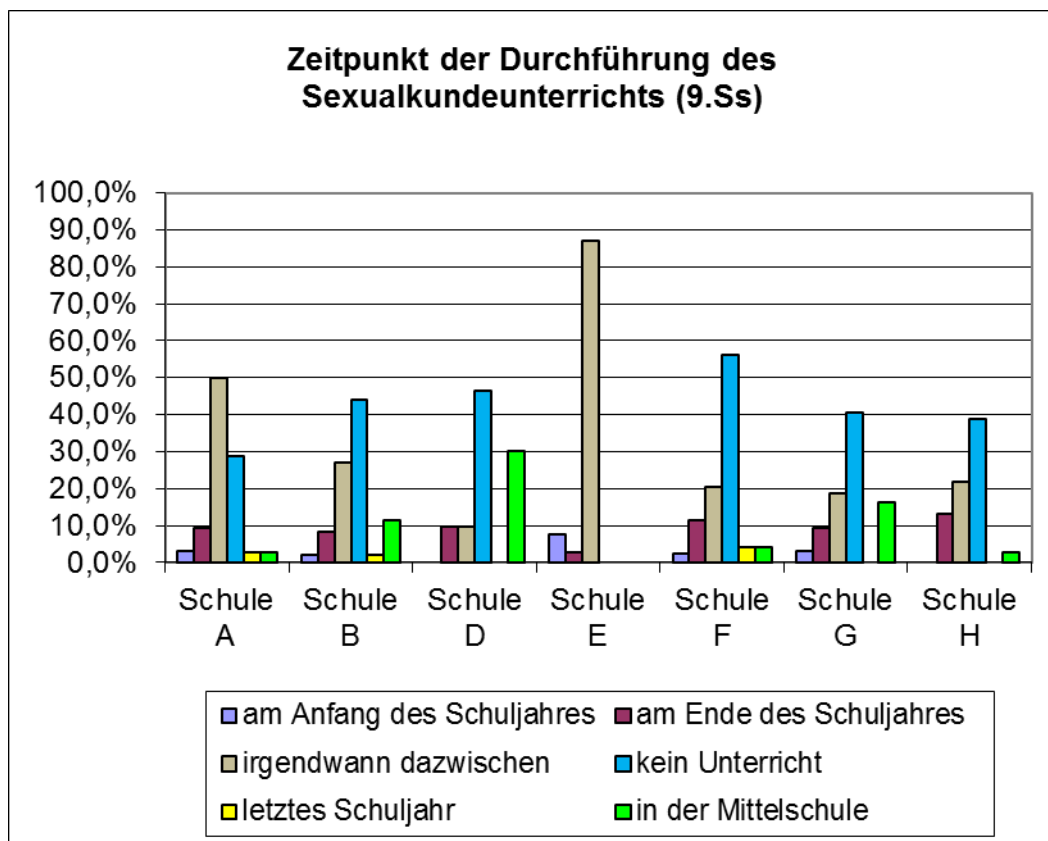
### 5.4.2 Wann im Schuljahr wurde der Sexualkundeunterricht durchgeführt?

**Tab. 12:** Zeitpunkt der Durchführung des Sexualkundeunterrichts

9. Schulstufe	Schule A	Schule B	Schule D	Schule E	Schule F	Schule G	Schule H	Signifikanz
<i>am Anfang des Schuljahres</i>	3,1%	2,1%	0%	7,7%	2,3%	3,1%	0%	p = 0,000
<i>am Ende des Schuljahres</i>	9,4%	8,3%	9,8%	2,6%	11,4%	9,4%	13%	
<i>irgendwann dazwischen</i>	50%	27,1%	9,8%	87,2%	20,5%	18,8%	21,7%	
<i>kein Unterricht</i>	28,6%	44,2%	46,5%	0%	56,3%	40,5%	38,9%	
<i>letztes Schuljahr</i>	2,9%	1,9%	0%	0%	4,2%	0%	0%	
<i>in der Mittelschule</i>	2,9%	11,5%	30,2%	0%	4,2%	16,2%	2,8%	

In den meisten Schulen wurde der Sexualkundeunterricht während des Schuljahres durchgeführt. Bei dieser Frage haben jedoch sehr viele Befragte angegeben, dass sie überhaupt keinen Sexualkundeunterricht gehabt haben, weder in dem Schuljahr 2009/10 noch in den Jahren davor. Einige andere haben angegeben, dass sie zwar Sexualkundeunterricht gehabt haben, allerdings im vergangenen Schuljahr oder in der Mittelschule. Bei der Beantwortung dieser Frage gibt es jedenfalls erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Schulen.

**Abb. 10:** Grafische Darstellung zum Zeitpunkt der Durchführung des Sexualkundeunterrichts



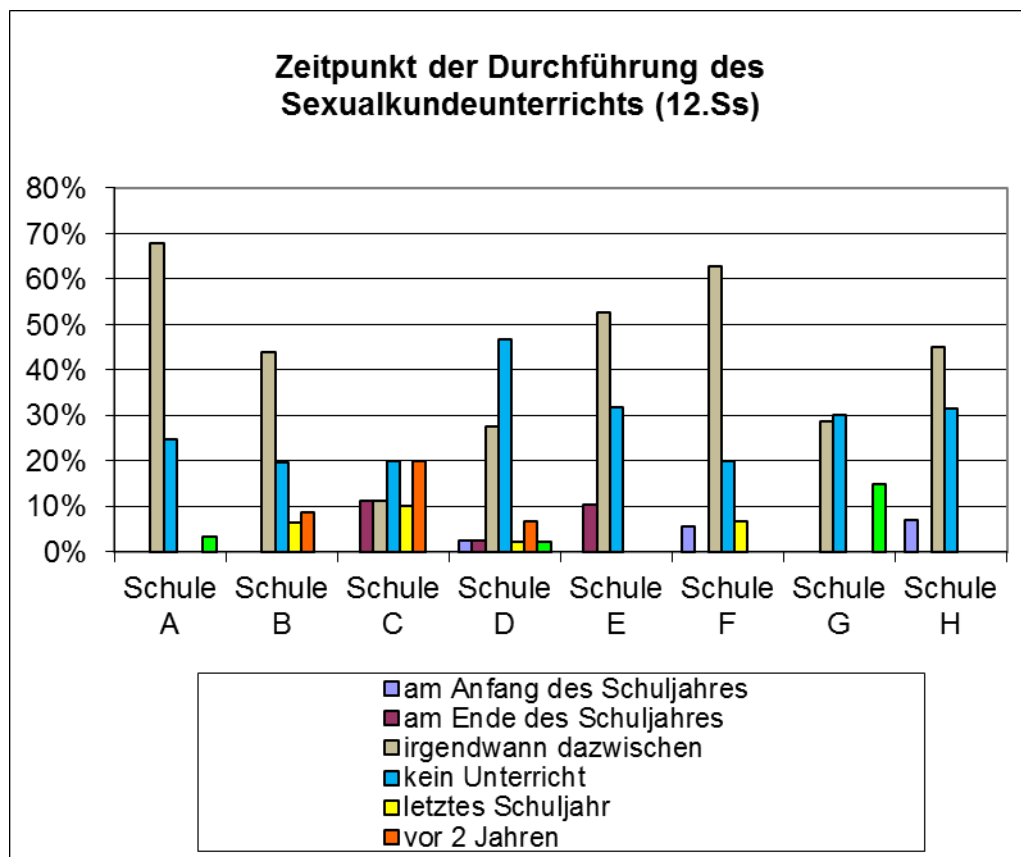


**Tab. 13:** Zeitpunkt der Durchführung des Sexualkundeunterrichts

12. Schulstufe	Schule A	Schule B	Schule C	Schule D	Schule E	Schule F	Schule G	Schule H	Signifikanz
<i>am Anfang des Schuljahres</i>	0%	0%	0%	2,5%	0%	5,7%	0%	7,1%	p = 0,013
<i>am Ende des Schuljahres</i>	0%	0%	11,10%	2,5%	10,5%	0%	0%	0%	
<i>irgendwann dazwischen</i>	68%	43,8%	11,1%	27,5%	52,6%	62,9%	28,6%	45%	
<i>kein Unterricht</i>	24,7%	19,6%	20%	46,7%	31,8%	20%	30%	31,4%	
<i>letztes Schuljahr</i>	0%	6,5%	10%	2,2%	0%	6,7%	0%	0%	
<i>vor 2 Jahren</i>	0%	8,7%	20%	6,7%	0%	0%	0%	0%	
<i>in der Mittelschule</i>	3,4%	0%	0%	2,2%	0%	0%	15%	0%	

In der 12. Schulstufe haben 68% der Befragten der Schule A, 43,5% der Befragten der Schule B, 53,6% der Befragten der Schule E, 62,9% der Befragten der Schule F und 45% der Befragten der Schule H angegeben, dass bei ihnen der Sexualkundeunterricht irgendwann während des Schuljahres stattgefunden hat. In vier Schulen (B, C, D und F) hat der Sexualkundeunterricht im Jahr davor stattgefunden bzw. in der Schule B, D und D zwei Jahre vor der Umfrage. Trotzdem haben zwischen 20% und 47% der Befragten aller Schulen erwähnt, dass sie gar keinen Unterricht hatten.

**Abb. 11:** Grafische Darstellung zum Zeitpunkt der Durchführung des Sexualkundeunterrichts



## 5.5 Genauigkeit der im Unterricht besprochenen Themen

### 5.5.1 Thema Pubertät

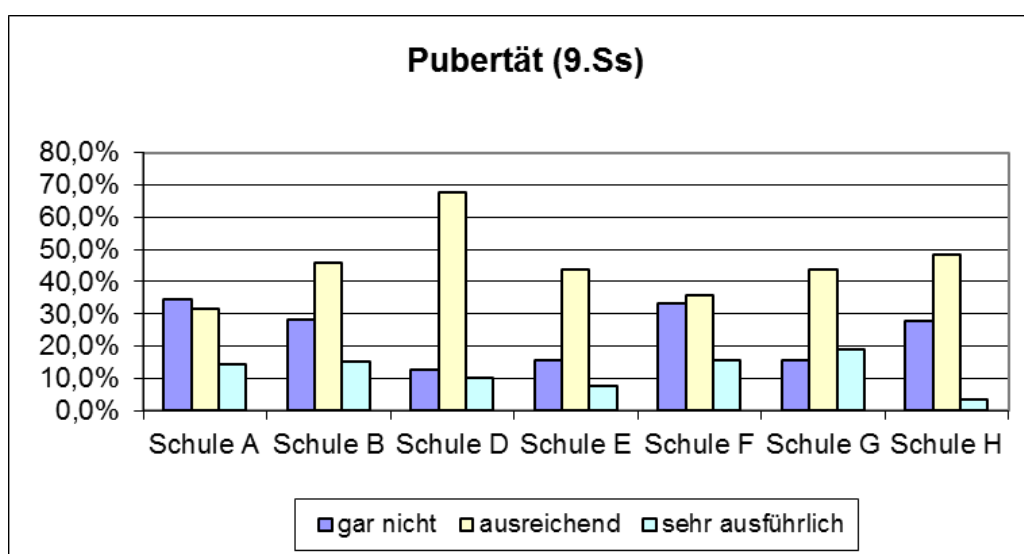
**Tab. 14:** Genauigkeit des Themas Pubertät im Unterricht

9. Schulstufe	Pubertät			Signifikanz
	<i>gar nicht</i>	<i>ausreichend</i>	<i>sehr ausführlich</i>	
<b>Schule A</b>	34,3%	31,4%	14,3%	n.s.
<b>Schule B</b>	28,3%	45,7%	15,2%	
<b>Schule D</b>	12,5%	67,5%	10,0%	
<b>Schule E</b>	15,4%	43,6%	7,7%	
<b>Schule F</b>	33,3%	35,9%	15,4%	
<b>Schule G</b>	15,7%	43,8%	18,8%	
<b>Schule H</b>	27,6%	48,3%	3,4%	

Vergleicht man die einzelnen Schulen, so fanden die meisten Befragten der 9. Schulstufe, dass das Thema Pubertät ausreichend behandelt wurde. Nur 34,3% der Schüler und Schülerinnen der Schule A haben angegeben, dass dieses Thema im Unterricht gar nicht behandelt wurde. Auch in den anderen Schulen haben zwischen 12% und ca. 34% der Befragten angegeben, dass das Thema Pubertät im Sexualkundeunterricht nicht behandelt wurde.

Im Gegensatz zu dem, was aus der Grafik vielleicht herausgelesen werden könnte, gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen den verschiedenen Schulen, denn der Wert p ist größer 0,05.

**Abb. 12:** Genauigkeit des Themas Pubertät im Unterricht



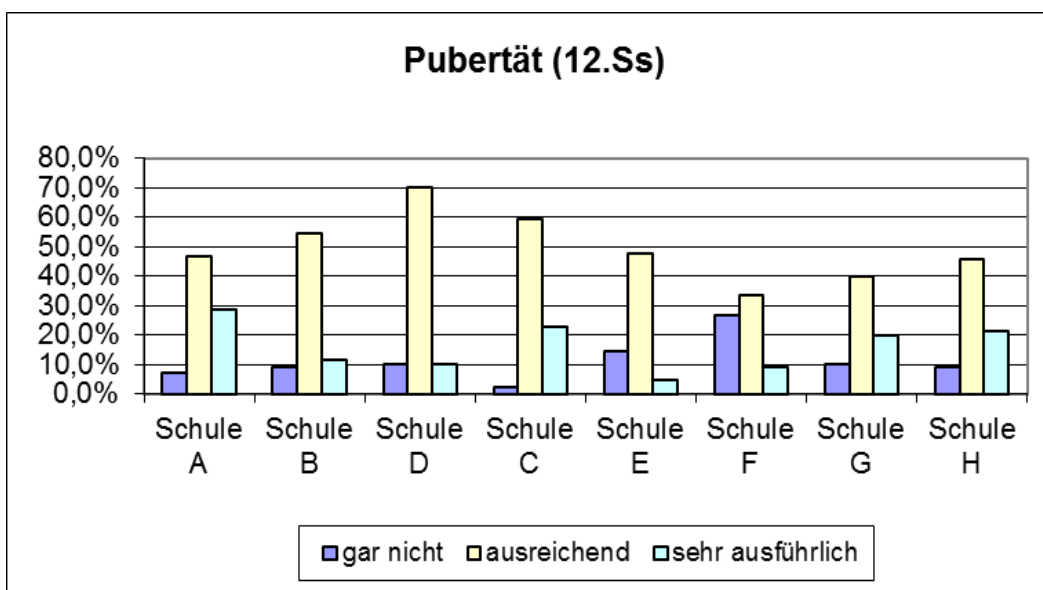
**Tab. 15:** Genauigkeit des Themas Pubertät im Unterricht

12. Schulstufe	Pubertät			Signifikanz
	<i>gar nicht</i>	<i>ausreichend</i>	<i>sehr ausführlich</i>	
Schule A	7,1%	46,4%	28,6%	n.s.
Schule B	9,1%	54,5%	11,4%	
Schule D	10,0%	70,0%	10,0%	
Schule C	2,3%	59,1%	22,7%	
Schule E	14,3%	47,6%	4,8%	
Schule F	26,6%	33,3%	8,9%	
Schule G	10,0%	40,0%	20,0%	
Schule H	9,1%	45,5%	21,2%	

Die Tabelle 15 zeigt, dass auch die meisten Schüler und Schülerinnen der 12. Schulstufe aller Schulen angegeben haben, dass das Thema Pubertät im Unterricht ausreichend besprochen wurde. 28,6% der Schüler und Schülerinnen der Schule A gaben an, dass das Thema sogar sehr ausführlich behandelt wurde. Trotzdem gibt es in allen Schulen einige Klassen, in denen die Pubertät nicht besprochen wurde. Am meisten (26,6%) gaben Befragte der Schule F an, dass das Thema Pubertät nicht im Unterricht behandelt wurde.

Auch bei der Beantwortung dieser Frage gab es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den einzelnen Schulen.

**Abb. 13:** Genauigkeit des Themas Pubertät im Unterricht



### 5.5.2 Thema Sexualorgane

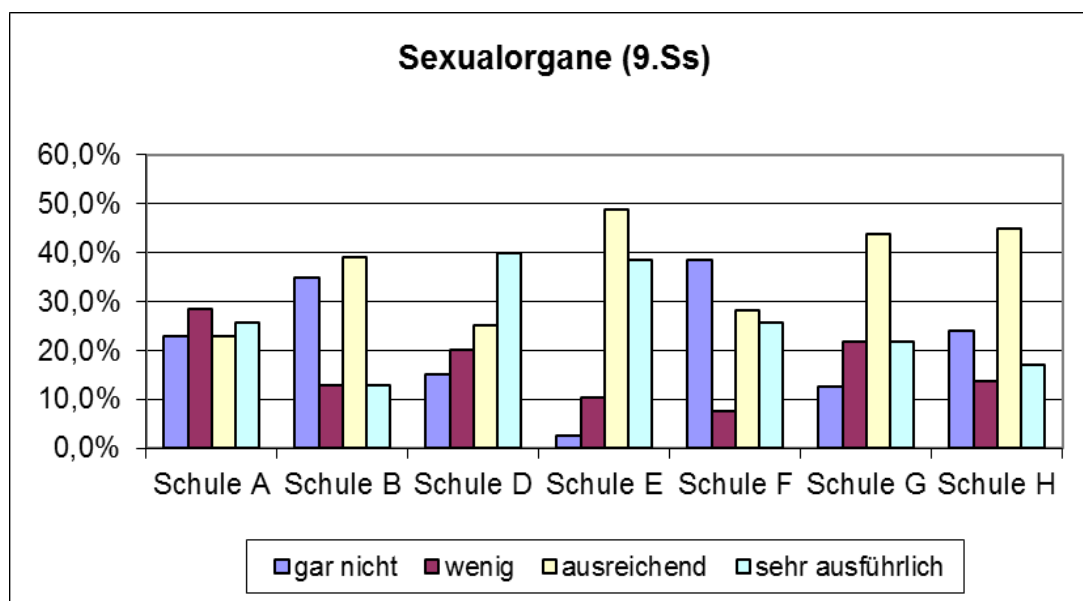
**Tab. 16:** Genauigkeit des Themas Sexualorgane im Unterricht

9. Schulstufe	Sexualorgane				Signifikanz
	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>sehr ausführlich</i>	
<b>Schule A</b>	22,9%	28,6%	22,9%	25,7%	p = 0,002
<b>Schule B</b>	34,8%	13,0%	39,1%	13,0%	
<b>Schule D</b>	15,0%	20,0%	25,0%	40,0%	
<b>Schule E</b>	2,6%	10,3%	48,7%	38,5%	
<b>Schule F</b>	38,5%	7,7%	28,2%	25,6%	
<b>Schule G</b>	12,5%	21,9%	43,8%	21,9%	
<b>Schule H</b>	24,1%	13,8%	44,8%	17,2%	

Die meisten Schüler und Schülerinnen der Schulstufe 9 haben angegeben, dass das Thema Sexualorgane in Schule B, Schule E, Schule G und Schule H ausreichend behandelt wurde. Hingegen in Schule A gaben 28,6% der Befragten an, dass das Thema nur wenig, in Schule D gaben 40% der Befragten an, dass das Thema Sexualorgane sehr ausführlich, und in Schule F gaben 38,5% der Probanden an, dass diese Thema gar nicht besprochen wurde.

Da die Signifikanz bei dieser Frage  $p < 0,05$  beträgt, besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen Schulen.

**Abb. 14:** Genauigkeit des Themas Sexualorgane im Unterricht



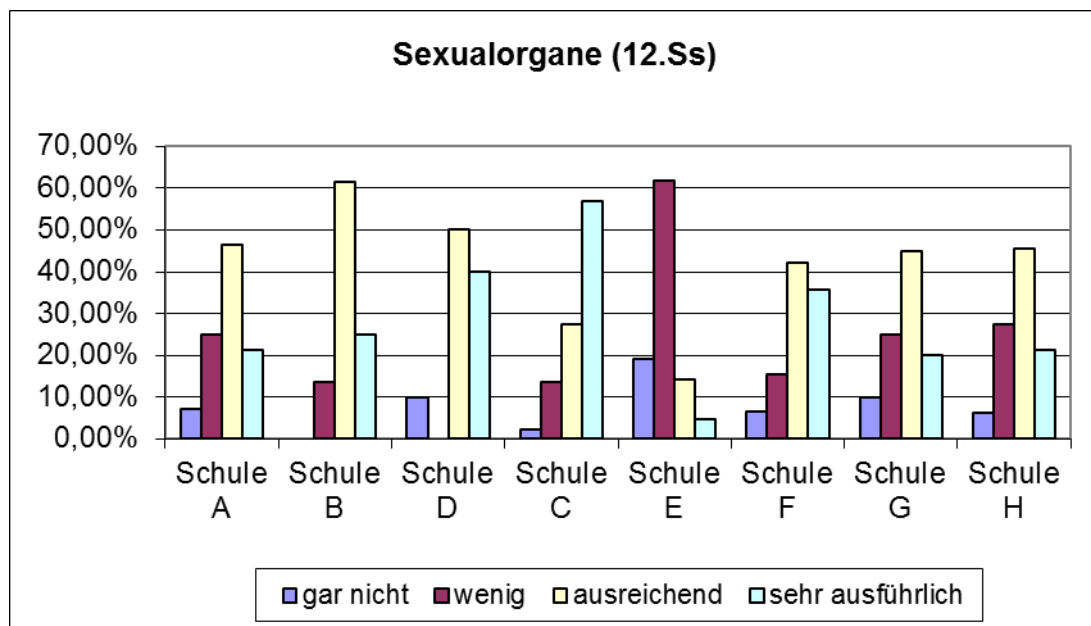
**Tab. 17.:** Genauigkeit des Themas Sexualorgane im Unterricht

12. Schulstufe	Sexualorgane				Signifikanz
	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>sehr ausführlich</i>	
Schule A	7,1%	25%	46,4%	21,4%	p = 0,000
Schule B	0%	13,6%	61,4%	25%	
Schule D	10%	0%	50%	40%	
Schule C	2,3%	13,6%	27,3%	56,8%	
Schule E	19%	61,9%	14,3%	4,8%	
Schule F	6,7%	15,6%	42,2%	35,6%	
Schule G	10%	25%	45%	20%	
Schule H	6,1%	27,3%	45,5%	21,2%	

In der 12. Schulstufe gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Schulen bezüglich der Genauigkeit der Besprechung des Themas Sexualorgane im Unterricht. In der Schule A, B, D, F, G und H gaben die meisten Schüler und Schülerinnen an, dass das Thema Sexualorgane ausreichend behandelt wurde. In der Schule C gaben sogar 56,8% der Befragten an, dass dieses Thema sehr ausführlich behandelt wurde. In der Schule E hingegen wurde das Themenbereich Sexualorgane laut 61,9% der Befragten nur wenig genau besprochen.

Auch in dieser Schulstufe gibt es bei der Beantwortung dieser Frage statistisch signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Schulen, denn auch hier ist  $p < 0,05$ .

**Abb. 15:** Genauigkeit des Themas Sexualorgane im Unterricht



### 5.5.3 Thema Verhütungsmethoden

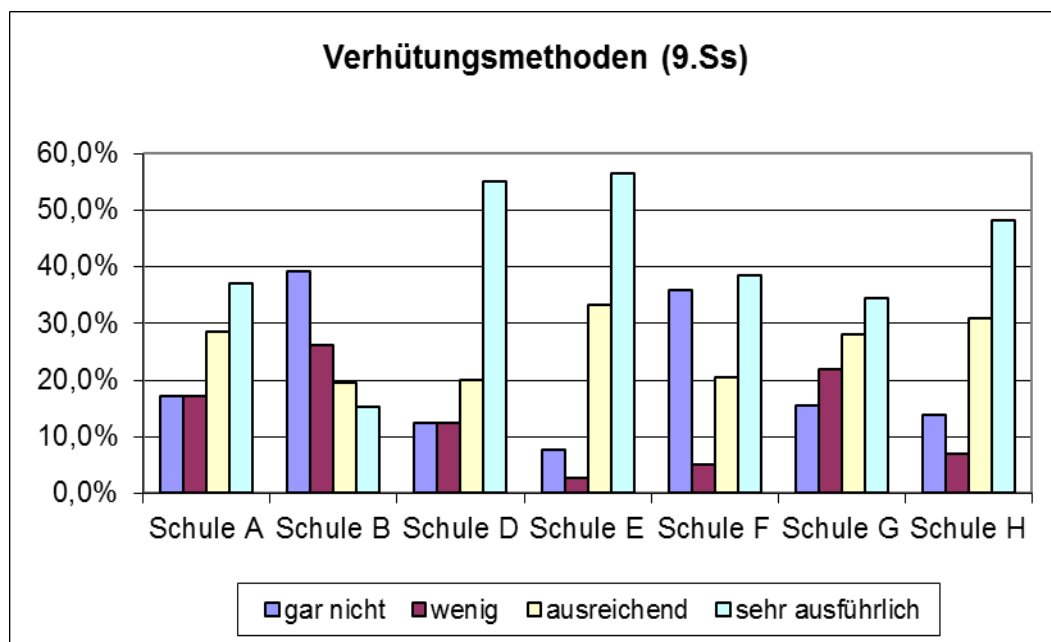
**Tab. 18:** Genauigkeit des Themas Verhütungsmethoden im Unterricht

9. Schulstufe	Verhütungsmethoden				Signifikanz
	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>sehr ausführlich</i>	
<b>Schule A</b>	17,1%	17,1%	28,6%	37,1%	p = 0,000
<b>Schule B</b>	39,1%	26,1%	19,6%	15,2%	
<b>Schule D</b>	12,5%	12,5%	20,0%	55,0%	
<b>Schule E</b>	7,7%	2,6%	33,3%	56,4%	
<b>Schule F</b>	35,9%	5,1%	20,5%	38,4%	
<b>Schule G</b>	15,6%	21,9%	28,1%	34,4%	
<b>Schule H</b>	13,8%	6,9%	31,0%	48,3%	

Das Thema Verhütungsmethoden wurde laut Angabe der meisten Befragten der Schulstufe 9 in allen Schulen (mit Ausnahme der Schule B) sehr ausführlich besprochen. 39,1% der Schüler und Schülerinnen der Schule B haben angegeben, dass das Thema Verhütungsmethoden im Unterricht gar nicht besprochen wurde.

Wie aus der Abbildung 16 ersichtlich, gibt es zwischen den Schulen statistische signifikante Unterschiede ( $p < 0,05$ ).

**Abb. 15:** Genauigkeit des Themas Verhütungsmethoden im Unterricht



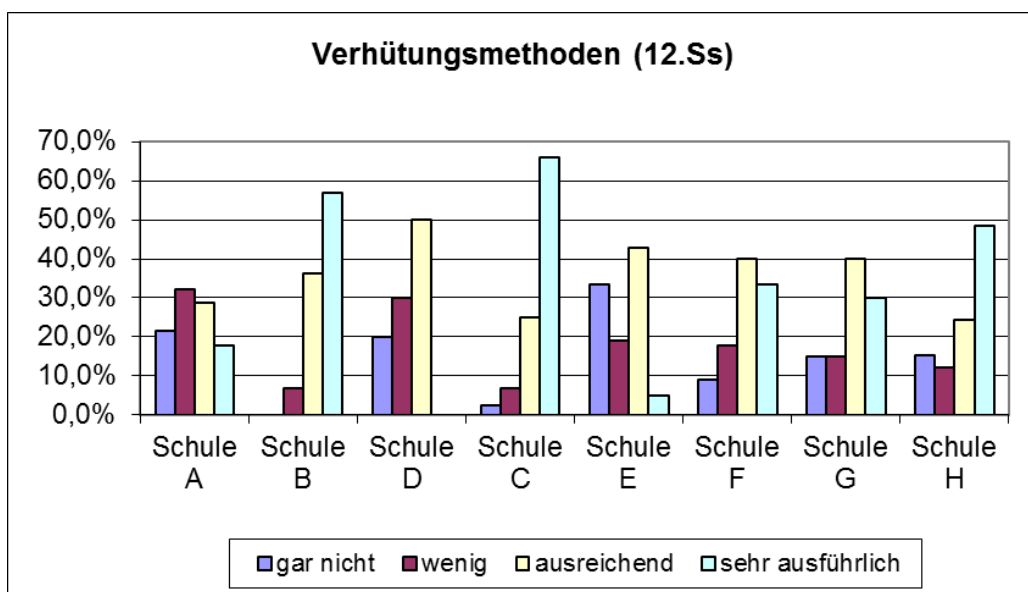
**Tab. 19:** Genauigkeit des Themas Verhütungsmethoden im Unterricht

12. Schulstufe	Verhütungsmethoden				Signifikanz
	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>sehr ausführlich</i>	
<b>Schule A</b>	21,4%	32,1%	28,6%	17,9%	p = 0,000
<b>Schule B</b>	0,0%	6,8%	36,4%	56,8%	
<b>Schule D</b>	20,0%	30,0%	50,0%	0,0%	
<b>Schule C</b>	2,3%	6,8%	25,0%	65,9%	
<b>Schule E</b>	33,3%	19,0%	42,9%	4,8%	
<b>Schule F</b>	8,9%	17,8%	40,0%	33,3%	
<b>Schule G</b>	15,0%	15,0%	40,0%	30,0%	
<b>Schule H</b>	15,2%	12,1%	24,2%	48,5%	

In der 12. Schulstufe wurde das Thema Verhütungsmethoden laut Umfrage in der Schule B, C und H ausführlich besprochen. 32,1% der Befragten der Schule A haben angegeben, dass dieses Thema im Unterricht nur wenig besprochen wurde. Die meisten Schüler und Schülerinnen der Schule E, F und G haben hingegen angegeben, dass das Thema Verhütungsmethoden ausführlich behandelt wurde. Die einzige Schule, in der kein Proband bzw. keine Probandin angegeben hat, dass dieses Thema gar nicht besprochen wurde, ist die Schule D. In allen anderen Schulen haben zwischen ca. 2% und 34% der Befragten angegeben, dass das Themenbereich Verhütungsmethoden gar nicht besprochen wurde.

Auf Grund der Signifikanz von  $p < 0,05$  besteht auch hier ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Schulen.

**Abb. 17:** Genauigkeit des Themas Verhütungsmethoden im Unterricht



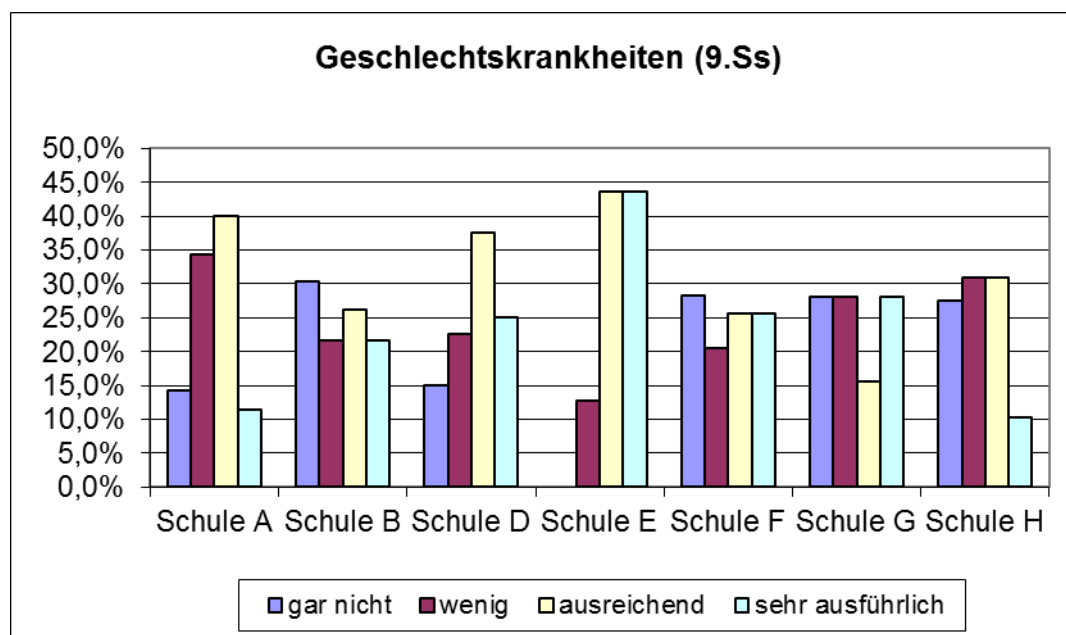
### 5.5.4 Thema Geschlechtskrankheiten

**Tab. 20:** Genauigkeit des Themas Geschlechtskrankheiten im Unterricht

9. Schulstufe	Geschlechtskrankheiten				Signifikanz
	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>sehr ausführlich</i>	
<b>Schule A</b>	14,3%	34,3%	40,0%	11,4%	p = 0,006
<b>Schule B</b>	30,4%	21,7%	26,1%	21,7%	
<b>Schule D</b>	15,0%	22,5%	37,5%	25,0%	
<b>Schule E</b>	0,0%	12,8%	43,6%	43,6%	
<b>Schule F</b>	28,2%	20,5%	25,6%	25,6%	
<b>Schule G</b>	28,1%	28,1%	15,6%	28,1%	
<b>Schule H</b>	27,6%	31,0%	31,0%	10,3%	

In der 9. Schulstufe haben die meisten Schüler und Schülerinnen der Schulen A und D angegeben, dass das Thema Geschlechtskrankheiten im Unterricht ausreichend behandelt wurde. In der Schule E fanden gleich viele Befragten (43,6%), dass dieses Thema ausreichend bzw. sehr ausführlich besprochen wurde. In der Schule H gaben gleich viele Probanden (31%) an, dass die Geschlechtskrankheiten wenig bzw. ausreichend im Unterricht behandelt wurden. In der Schule B und F wurde laut ca. 30% der Befragten diese Thematik im Unterricht gar nicht behandelt. In der Schule G haben je 28,1% der Schüler und Schülerinnen angegeben, dass das Thema Geschlechtskrankheiten gar nicht, wenig bzw. sehr ausführlich besprochen wurde.

**Abb. 18:** Genauigkeit des Themas Geschlechtskrankheiten im Unterricht





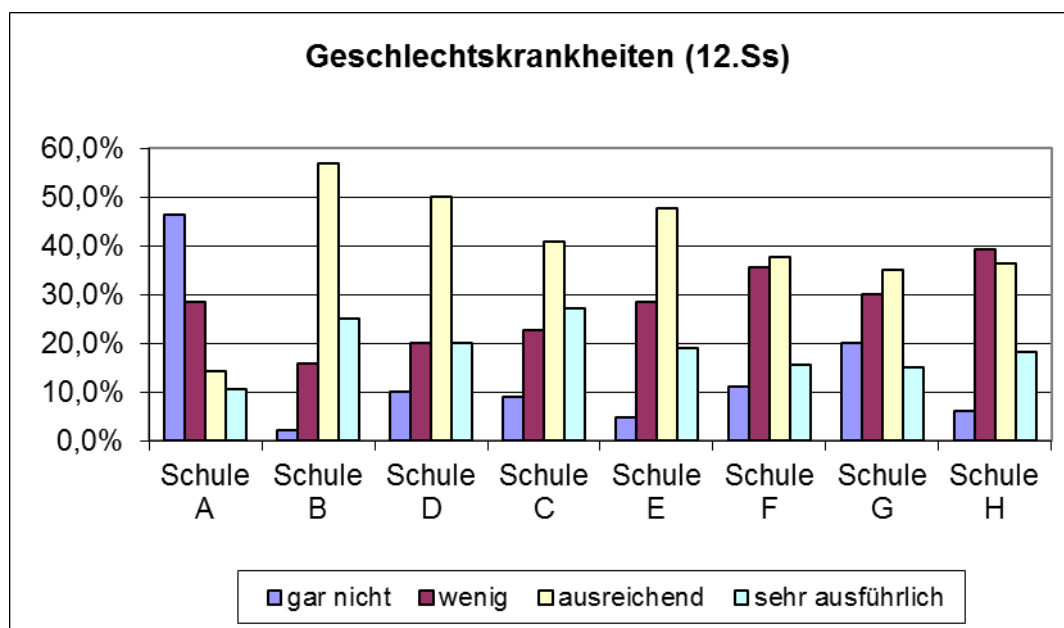
**Tab. 21:** Genauigkeit des Themas Geschlechtskrankheiten im Unterricht

12. Schulstufe	Geschlechtskrankheiten				Signifikanz
	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>sehr ausführlich</i>	
<b>Schule A</b>	46,4%	28,6%	14,3%	10,7%	p = 0,000
<b>Schule B</b>	2,3%	15,9%	56,8%	25,0%	
<b>Schule D</b>	10,0%	20,0%	50,0%	20,0%	
<b>Schule C</b>	9,1%	22,7%	40,9%	27,3%	
<b>Schule E</b>	4,8%	28,6%	47,6%	19,0%	
<b>Schule F</b>	11,1%	35,6%	37,8%	15,6%	
<b>Schule G</b>	20,0%	30,0%	35,0%	15,0%	
<b>Schule H</b>	6,1%	39,4%	36,4%	18,2%	

In der 12. Schulstufe wurde das Thema Geschlechtskrankheiten in der Schule A laut Angabe der meisten Befragten gar nicht behandelt. Die meisten Schüler und Schülerinnen der Schulen B, D, C, E, F und G fanden hingegen, dass diese Thematik ausreichend besprochen wurde. In der Schule H fanden 39,4% der Befragten, dass dieses Thema im Unterricht nur wenig besprochen wurde. Auch in allen anderen Schulen außer der Schule A haben einige (unterschiedlich viele) der Befragten angegeben, dass sie Geschlechtskrankheiten im Unterricht gar nicht besprochen haben.

Die Signifikanz von  $p < 0,05$  zeigt, dass es statistisch signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Schulen gibt.

**Abb. 19:** Genauigkeit des Themas Geschlechtskrankheiten im Unterricht



### 5.5.5 Thema Schwangerschaft und Geburt

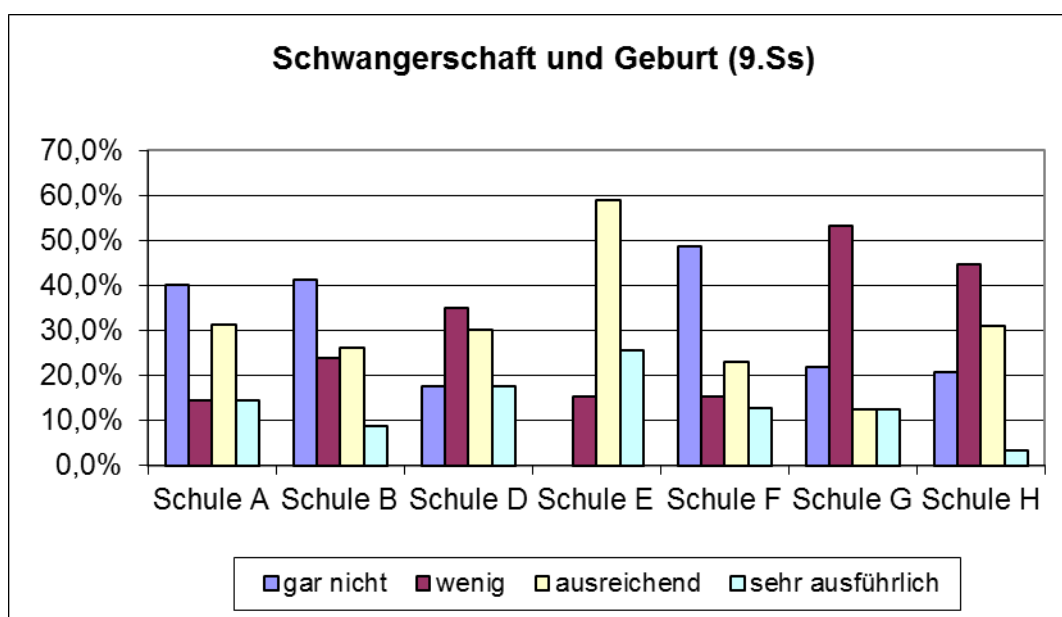
**Tab. 22:** Genauigkeit des Themas Schwangerschaft und Geburt im Unterricht

9. Schulstufe	Schwangerschaft und Geburt				Signifikanz
	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>sehr ausführlich</i>	
<b>Schule A</b>	40,0%	14,3%	31,4%	14,3%	p = 0,000
<b>Schule B</b>	41,3%	23,9%	26,1%	8,7%	
<b>Schule D</b>	17,5%	35,0%	30,0%	17,5%	
<b>Schule E</b>	0,0%	15,4%	59,0%	25,6%	
<b>Schule F</b>	48,7%	15,4%	23,1%	12,8%	
<b>Schule G</b>	21,9%	53,1%	12,5%	12,5%	
<b>Schule H</b>	20,7%	44,8%	31,0%	3,4%	

In der Schulstufe 9 wurde das Thema Schwangerschaft und Geburt nur in der Schule E ausreichend behandelt. In allen anderen Schulen haben die meisten Schüler und Schülerinnen angegeben, dass das Thema Schwangerschaft und Geburt im Unterricht entweder gar nicht oder nur wenig besprochen wurde. Die Schule E ist die einzige Schule, in der diese Thematik in jeder Klasse besprochen wurde.

Wie aus Abbildung 20 ersichtlich, gibt es große Unterschiede zwischen den verschiedenen Schulen ( $p < 0,05$ ).

**Abb. 20:** Genauigkeit des Themas Schwangerschaft und Geburt im Unterricht



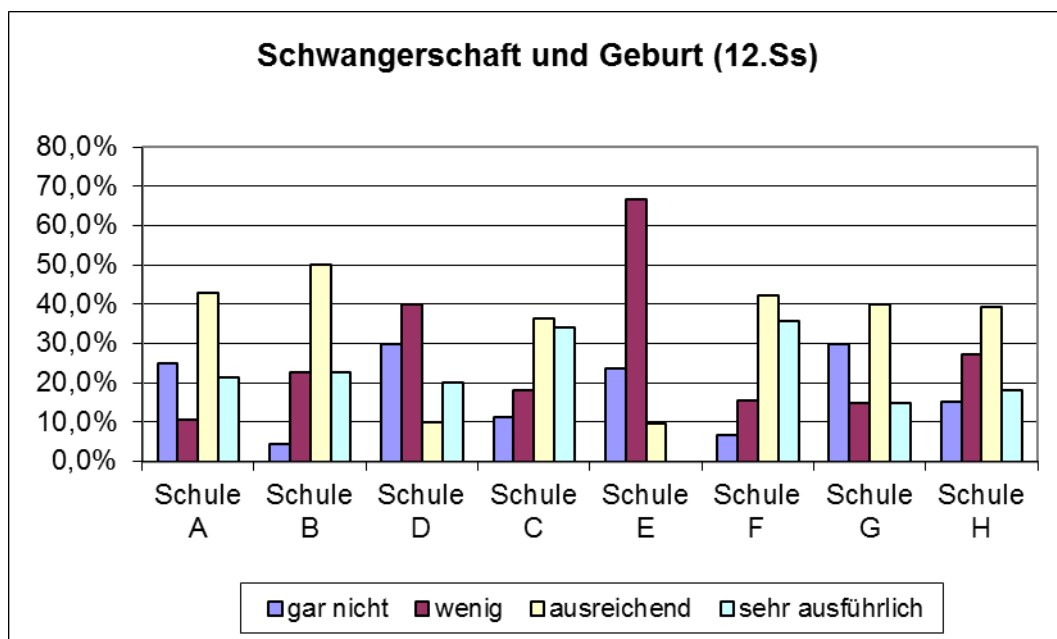
**Tab 23.:** Genauigkeit des Themas Schwangerschaft und Geburt im Unterricht

12. Schulstufe	Schwangerschaft und Geburt				Signifikanz
	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>sehr ausführlich</i>	
<b>Schule A</b>	25,0%	10,7%	42,9%	21,4%	p = 0,000
<b>Schule B</b>	4,5%	22,7%	50,0%	22,7%	
<b>Schule D</b>	30,0%	40,0%	10,0%	20,0%	
<b>Schule C</b>	11,4%	18,2%	36,4%	34,1%	
<b>Schule E</b>	23,8%	66,7%	9,5%	0,0%	
<b>Schule F</b>	6,7%	15,6%	42,2%	35,6%	
<b>Schule G</b>	30,0%	15,0%	40,0%	15,0%	
<b>Schule H</b>	15,2%	27,3%	39,4%	18,2%	

In den meisten Schulen der Schulstufe 12 wurde das Thema Schwangerschaft und Geburt ausreichend behandelt. Nur in der Schule D und in der Schule E haben die meisten Probanden angegeben, dass diese Thematik im Unterricht nur wenig besprochen wurde. In allen Schulen fanden auch einige der Befragten, dass das Thema gar nicht behandelt wurde.

Die Signifikanz von  $p = 0,000$  zeigt an, dass statistisch relevante Unterschiede zwischen den Schulen vorhanden sind.

**Abb. 21:** Genauigkeit des Themas Schwangerschaft und Geburt im Unterricht



### 5.5.6 Thema Partnerschaft und Sexualpartner/in

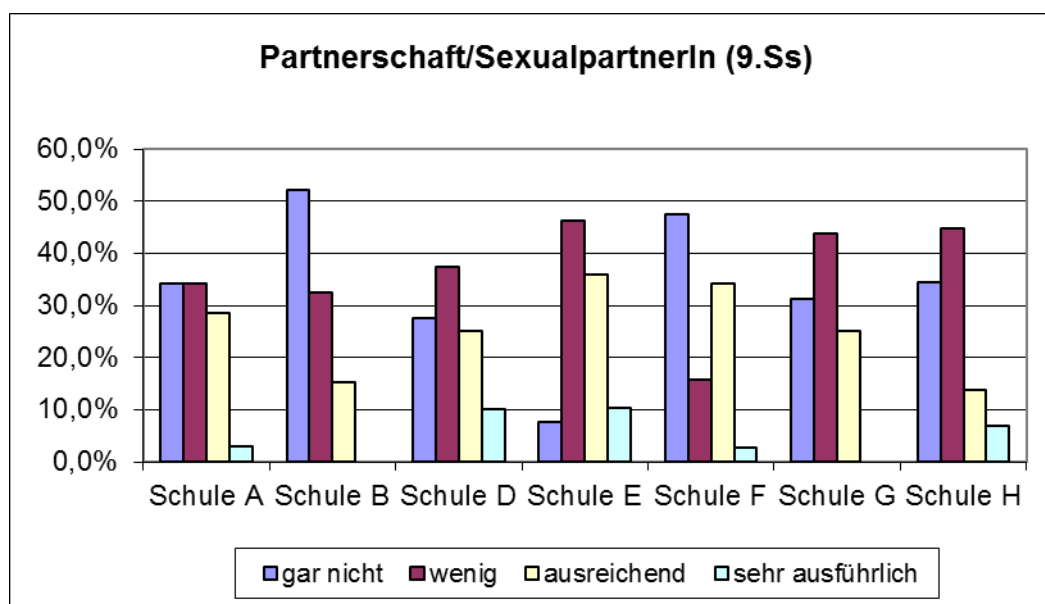
**Tab. 24:** Genauigkeit des Themas Partnerschaft und Sexualpartner/in im Unterricht

9. Schulstufe	Partnerschaft/SexualpartnerIn				Signifikanz
	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>sehr ausführlich</i>	
<b>Schule A</b>	34,3%	34,3%	28,6%	2,9%	p = 0,004
<b>Schule B</b>	52,2%	32,6%	15,2%	0,0%	
<b>Schule D</b>	27,5%	37,5%	25,0%	10,0%	
<b>Schule E</b>	7,7%	46,2%	35,9%	10,3%	
<b>Schule F</b>	47,4%	15,8%	34,2%	2,6%	
<b>Schule G</b>	31,3%	43,8%	25,0%	0,0%	
<b>Schule H</b>	34,5%	44,8%	13,8%	6,9%	

Das Thema Partnerschaft und Sexualpartner/in wurde in den meisten Klassen der 9. Schulstufe aller Schulen nur wenig oder gar nicht besprochen. Nur in der Schule D und in der Schule E haben ca. 10% der Befragten angegeben, dass diese Thematik im Sexualkundeunterricht sehr ausführlich besprochen wurde.

Zwischen den verschiedenen Schulen herrscht auch hier ein statistisch relevanter Unterschied bei einer Signifikanz von  $p < 0,05$ .

**Abb. 22:** Genauigkeit des Themas Partnerschaft und Sexualpartner/in im Unterricht



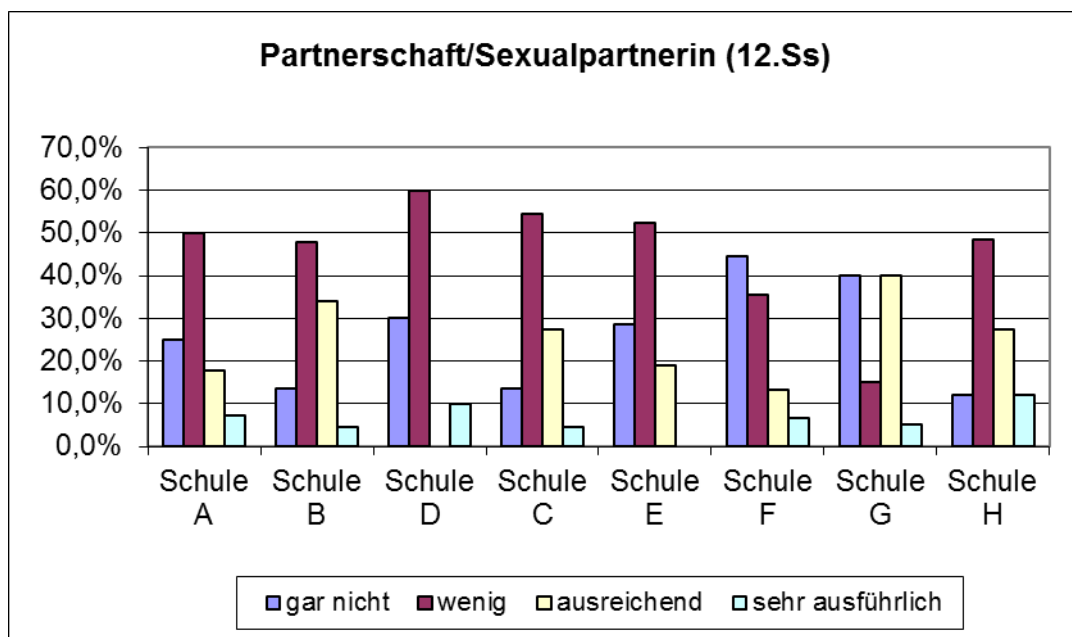
**Tab. 25:** Genauigkeit des Themas Partnerschaft und Sexualpartner/in im Unterricht

12. Schulstufe	Partnerschaft/SexualpartnerIn				Signifikanz
	<i>gar nicht</i>	<i>wenig</i>	<i>ausreichend</i>	<i>sehr ausführlich</i>	
<b>Schule A</b>	25,0%	50,0%	17,9%	7,1%	p = 0,021
<b>Schule B</b>	13,6%	47,7%	34,1%	4,5%	
<b>Schule D</b>	30,0%	60,0%	0,0%	10,0%	
<b>Schule C</b>	13,6%	54,5%	27,3%	4,5%	
<b>Schule E</b>	28,6%	52,4%	19,0%	0,0%	
<b>Schule F</b>	44,4%	35,6%	13,3%	6,7%	
<b>Schule G</b>	40,0%	15,0%	40,0%	5,0%	
<b>Schule H</b>	12,1%	48,5%	27,3%	12,1%	

In der 12. Schulstufe haben ebenfalls die meisten Probanden fast aller Schulen angegeben, dass das Thema Partnerschaft und Sexualpartner/in nur wenig behandelt wurde. In der Schule G haben je 40% der Befragten angegeben, dass diese Thematik gar nicht bzw. ausführlich im Unterricht besprochen wurde. In allen Schulen, mit Ausnahme der Schule E, haben auch zwischen 4,5% und ca. 12% der Schüler und Schülerinnen angegeben, dass dieses Thema sehr ausführlich behandelt wurde.

Bei einer Signifikanz von  $p = 0,021$  zeigt sich ebenfalls bei dieser Frage ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Schulen.

**Abb. 23:** Genauigkeit des Themas Partnerschaft und Sexualpartner/in im Unterricht



## 5.6 Empfinden der SchülerInnen beim Sexualkundeunterricht

**Tab. 26:** Empfinden des Sexualkundeunterrichts in der 9. Schulstufe

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>interessant</i>	40,7%	50%	55,6%	n.s.
	<i>informativ</i>	54,8%	50%	58,3%	n.s.
	<i>peinlich</i>	6%	0%	0%	n.s.
	<i>komisch</i>	9,5%	0%	8,3%	n.s.
	<i>langweilig</i>	14,3%	25%	8,3%	n.s.
	<i>spannend</i>	9,5%	25%	16,7%	n.s.
	<i>anderes</i>	28,6%	0%	8,3%	n.s.
<b>9. Ss - W</b>	<i>interessant</i>	40,7%	100%	83,9%	p = 0,000
	<i>informativ</i>	51,9%	100%	67,7%	n.s.
	<i>peinlich</i>	7,4%	0%	19,4%	n.s.
	<i>komisch</i>	18,5%	0%	19,4%	n.s.
	<i>langweilig</i>	8,3%	0%	0%	n.s.
	<i>spannend</i>	6,5%	0%	25,8%	p = 0,018
	<i>anderes</i>	13,0%	0%	6,5%	n.s.

Die Tabelle 26 zeigt das Empfinden der Schüler und Schülerinnen der 9. Schulstufe beim Sexualkundeunterricht. Für die meisten Buben und Mädchen aller Muttersprachen war der Sexualkundeunterricht interessant bzw. informativ.

Ein statistisch signifikanter Unterschied in Bezug auf das Empfinden des Sexualkundeunterrichts konnte nur bei den Mädchen festgestellt werden und zwar beim Empfinden des Unterrichts als interessant ( $p = 0,000$ ) bzw. spannend ( $p = 0,018$ ).

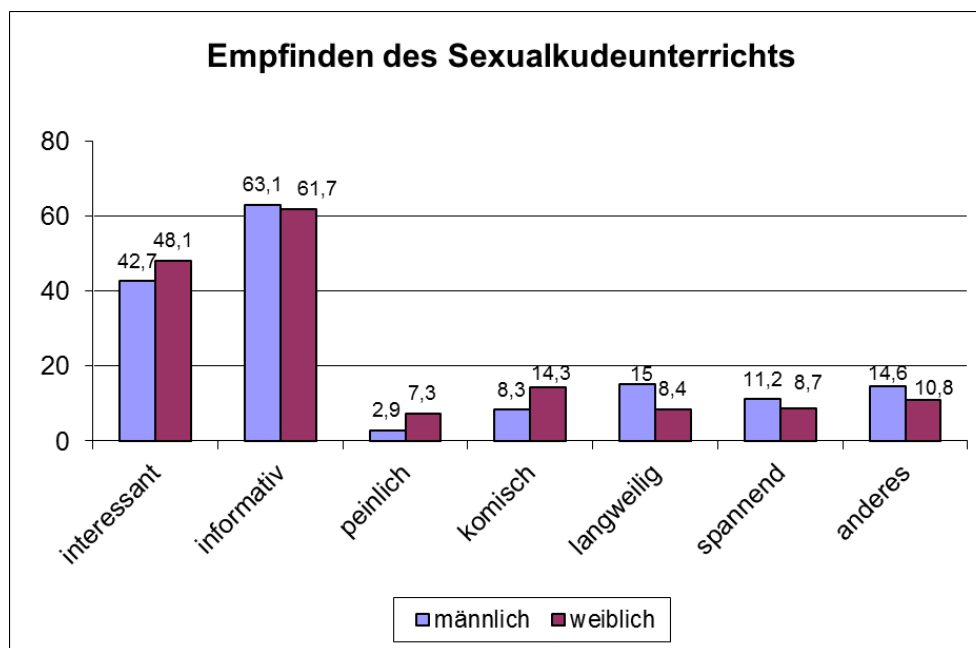
**Tab. 27:** Empfinden des Sexualkundeunterrichts in der 12. Schulstufe

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>12. Ss - M</b>	<i>interessant</i>	39,3%	50%	75%	n.s.
	<i>informativ</i>	73,6%	50%	55,6%	n.s.
	<i>peinlich</i>	0%	50%	0%	p = 0,000
	<i>komisch</i>	8,8%	0%	0%	n.s.
	<i>langweilig</i>	16,5%	0%	22,2%	n.s.
	<i>spannend</i>	11%	0%	11,1%	n.s.
	<i>anderes</i>	5,5%	0%	0,0%	n.s.
<b>12. Ss - W</b>	<i>interessant</i>	42,5%	0%	57,7%	n.s.
	<i>informativ</i>	66%	100%	69,2%	n.s.
	<i>peinlich</i>	4,7%	0%	7,7%	n.s.
	<i>komisch</i>	11,3%	0%	7,7%	n.s.
	<i>langweilig</i>	11,3%	0%	11,5%	n.s.
	<i>spannend</i>	5,7%	0%	11,5%	n.s.
	<i>anderes</i>	13,2%	0%	0,0%	n.s.

Die Tabelle 27 zeigt im Vergleich das Empfinden beim Sexualkundeunterricht der Probanden und Probandinnen der 12. Schulstufe. Die meisten männlichen (73,6% der Deutschen, 50% der Italiener, und 55,6% der Ladinern) und weiblichen (66% der Deutschen, 100% der Italienerinnen und 69,2% der Ladinern) Befragten empfanden dabei den Sexualkundeunterricht als informativ.

In der 9. Schulstufe und 12. Schulstufe haben einige deutsche Buben und Mädchen und in der 9. Schulstufe auch einige ladinische Buben und Mädchen ihren Sexualkundeunterricht als normal, entspannend, geil, lustig, witzig, neu oder sehr wichtig beschrieben. Für andere war er eher knapp, nichtssagend, nichts Besonderes, „schnuffelig“ oder wenig informativ. Einige gaben an, schon vieles wieder vergessen zu haben, dass gar kein Sexualkundeunterricht stattgefunden hat oder dass der Unterricht der Lehrerin peinlich war. Für einen kleinen Teil war der Sexualkundeunterricht anscheinend wie jeder andere Unterricht.

**Abb. 24:** Grafische Darstellung des Empfindens des Sexualkundeunterrichts



Die Abbildung 24 zeigt das Empfinden des Sexualkundeunterrichts aller Befragten nach dem Geschlecht. Insgesamt fanden die meisten Jungen und Mädchen den Sexualkundeunterricht primär als informativ und sekundär als interessant. Einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern gibt es nur bei den Aussagen peinlich ( $p = 0,034$ ), komisch ( $p = 0,040$ ) und langweilig ( $p = 0,020$ ).

## 5.7 Verhütungsmittel

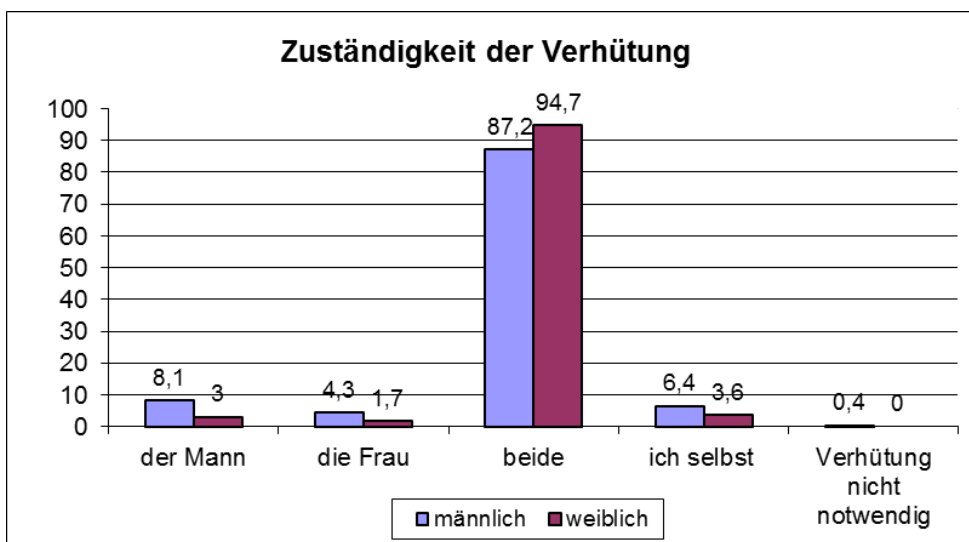
### 5.7.1 Einstellung zur Verhütung

Tab. 28: Wer ist für die Verhütung zuständig?

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>der Mann</i>	10,9%	12,5%	7,1%	n.s.
	<i>die Frau</i>	5%	12,5%	0%	n.s.
	<i>beide</i>	87,1%	62,5%	85,7%	n.s.
	<i>ich selbst</i>	5,0%	12,5%	7,1%	n.s.
	<i>nicht notwendig</i>	1%	0%	0%	n.s.
<b>9. Ss - W</b>	<i>der Mann</i>	2,5%	0%	6,1%	n.s.
	<i>die Frau</i>	1,7%	0%	6,1%	n.s.
	<i>beide</i>	95,8%	100%	87,9%	n.s.
	<i>ich selbst</i>	3,4%	0%	0%	n.s.
	<i>nicht notwendig</i>	0%	0%	0%	n.s.
<b>12. Ss - M</b>	<i>der Mann</i>	3,20%	33,30%	9,10%	n.s.
	<i>die Frau</i>	3,2%	0%	0%	n.s.
	<i>beide</i>	92,6%	66,7%	72,7%	n.s.
	<i>ich selbst</i>	5,3%	0%	18,2%	n.s.
	<i>nicht notwendig</i>	0%	0%	0%	n.s.
<b>12. Ss - W</b>	<i>der Mann</i>	1,90%	0,00%	7,70%	n.s.
	<i>die Frau</i>	0,9%	0%	0%	n.s.
	<i>beide</i>	95,6%	100%	92,3%	n.s.
	<i>ich selbst</i>	3,7%	0%	7,7%	n.s.
	<i>nicht notwendig</i>	0%	0%	0%	n.s.

Wie aus der Tabelle 28 und der Abbildung 25 ersichtlich, ist die Mehrheit aller Befragten beider Schulstufen der Meinung, dass beide, sowohl der Mann als auch die Frau, für die Verhütung zuständig sind. Es konnte kein statistisch relevanter Unterschied zwischen den Geschlechtern oder den Schulstufen festgestellt werden.

Abb. 25: Grafische Darstellung der Zuständigkeit der Verhütung





### 5.7.2 Bekannte Verhütungsmittel

Tab. 29: Bekannte Verhütungsmittel in der 9. Schulstufe

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
9. Ss - M	Kondom	100%	100%	100%	n.s.
	Femidom	46%	75%	80%	p = 0,020
	Hormonpille	74%	62,5%	80%	n.s.
	Hormonpflaster	39%	25%	46,7%	n.s.
	Hormonstäbchen	21%	25%	13,3%	n.s.
	3-Monats-Spritze	39%	12,5%	46,7%	n.s.
	Nuva-Ring	22%	12,5%	20%	n.s.
	Sterilisation	73%	75%	53,3%	n.s.
	Spermizide	29%	37,5%	33,3%	n.s.
	Spirale	83%	25%	60%	p = 0,000
	Diaphragma	33%	37,5%	46,7%	n.s.
	Scheidezäpfchen	30%	0%	13,3%	n.s.
	Kalendermethode	53%	50%	40%	n.s.
	Temperaturmethode	23%	37,5%	33,3%	n.s.
	Verhütungscomputer	11%	12,5%	0%	n.s.
	Billings-Methode	7%	0%	0%	n.s.
9. Ss - W	Coitus interruptus	8%	12,5%	13,3%	n.s.
	Pille danach	82%	62,5%	93,3%	n.s.
	Kondom	100%	75%	100%	p = 0,000
	Femidom	32,5%	0%	48,5%	n.s.
	Hormonpille	83,8%	75%	81,8%	n.s.
	Hormonpflaster	56,4%	25%	54,5%	n.s.
	Hormonstäbchen	17,9%	0%	12,1%	n.s.
	3-Monats-Spritze	41,9%	50%	27,3%	n.s.
	Nuva-Ring	26,5%	25%	12,1%	n.s.
	Sterilisation	68,4%	50%	36,4%	p = 0,005
	Spermizide	23,1%	25%	9,1%	n.s.
	Spirale	88,9%	75%	57,6%	p = 0,000
	Diaphragma	29,9%	25%	42,4%	n.s.
	Scheidezäpfchen	14,5%	25%	6,1%	n.s.
	Kalendermethode	52,1%	0%	18,2%	p = 0,001
	Temperaturmethode	28,2%	0%	15,2%	n.s.
	Verhütungscomputer	4,3%	0%	0%	n.s.
	Billings-Methode	1,7%	25%	0%	p = 0,008
	Coitus interruptus	7,7%	25%	9,1%	n.s.
	Pille danach	88%	100%	63,6%	p = 0,007

Die deutschen Buben dieser Schulstufe kennen neben dem Kondom (100%) auch die Spirale (83%), die Pille danach (82%), die Hormonpille (74%) und die Sterilisation (73%). Weniger bekannt sind Kontrazeptiva wie die Billings-Methode (7%), der Coitus interruptus (8%), der Verhütungscomputer (11%), die Hormonstäbchen (21%), der Nuva-Ring (22%) und die Temperaturmethode (23%).

Für die italienischen Buben sind Verhütungsmethoden wie das Kondom (100%), die Pille danach (93,3%), das Femidom (80%), die Hormonpille (80%) und die Spirale (60%) ziemlich bekannt. Verhütungsmittel wie die Billings-Methode (0%), Scheidezäpfchen (0%), die 3-Monats-Spritze (12,5%), der Nuva-Ring (12,5%), der Verhütungscomputer (12,5%) und der *Coitus interruptus* (12,5%) sind ihnen weniger bekannt.

Auch die ladinischen Jungen kennen bekannte Kontrazeptiva wie das Kondom (100%), die Pille danach (93,3%) und die Hormonpille (80%). Erstaunlicherweise sind das Femidom (80%) und die Spirale (60%) auch bei den ladinischen Buben ziemlich bekannt (80%).

Viele Mädchen mit deutscher Muttersprache kennen das Kondom (100%), die Spirale (88,9%), die Pille danach (88%), die Hormonpille (83,8%) und die Sterilisation (68,4%) ziemlich gut. Weniger bekannt sind Kontrazeptiva wie die Billings-Methode (1,7%), der Verhütungscomputer (4,3%), der *Coitus interruptus* (7,7%) und die Scheidezäpfchen (14,5%).

Nur die Pille danach ist allen italienischen Mädchen der 9. Schulstufe bekannt. Zu 75% bekannt sind das Kondom, die Hormonpille und die Spirale. Nicht bekannt sind das Femidom, die Hormonstäbchen, die Kalendermethode, die Temperaturmethode und der Verhütungscomputer.

Die ladinischen Mädchen kennen Kontrazeptiva wie das Kondom (100%), die Hormonpille (81,8%) und die Pille danach (63,6%). Gar nicht bekannt sind ihnen der Verhütungscomputer und die Billings-Methode, nur wenig bekannt hingegen sind die Scheidezäpfchen (6,1%), der *Coitus interruptus* und die Spermizide (9,1%).

**Tab. 30:** Bekannte Verhütungsmethoden in der 12. Schulstufe

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>12. Ss - M</b>	Kondom	100%	100%	100%	n.s.
	Femidom	43,6%	33,3%	36,4%	n.s.
	Hormonpille	83%	100%	100%	n.s.
	Hormonpflaster	39,4%	33,3%	9,1%	n.s.
	Hormonstäbchen	11,7%	33,3%	0,0%	n.s.
	3-Monats-Spritze	23,4%	33,3%	27,3%	n.s.
	Nuva-Ring	22,3%	33,3%	18,2%	n.s.
	Sterilisation	85,1%	33,3%	72,7%	n.s.
	Spermizide	27,7%	33,3%	27,3%	n.s.
	Spirale	88,3%	33,3%	100%	p = 0,000
	Diaphragma	69,1%	33,3%	54,5%	n.s.
	Scheidezäpfchen	10,6%	0%	9,1%	n.s.
	Kalendermethode	73,4%	33,3%	72,7%	n.s.
	Temperaturmethode	43,6%	33,3%	18,2%	n.s.
	Verhütungscomputer	7,4%	33,3%	0%	n.s.
	Billings-Methode	2,1%	0%	0%	n.s.
	Coitus interruptus	34%	33,3%	18,2%	n.s.
	Pille danach	90,4%	100%	100%	n.s.
<b>12. Ss - W</b>	Kondom	99,1%	100%	100%	n.s.
	Femidom	42,1%	33,3%	30,8%	n.s.
	Hormonpille	94,4%	100%	88,5%	n.s.
	Hormonpflaster	87,9%	66,7%	65,4%	p = 0,017
	Hormonstäbchen	34,6%	0,0%	11,5%	p = 0,036
	3-Monats-Spritze	57,0%	33,3%	23,1%	p = 0,007
	Nuva-Ring	43,9%	0,0%	19,2%	p = 0,026
	Sterilisation	89,7%	100,0%	69,2%	p = 0,020
	Spermizide	30,8%	0,0%	23,1%	n.s.
	Spirale	95,3%	66,7%	84,6%	p = 0,038
	Diaphragma	73,8%	66,7%	38,5%	p = 0,003
	Scheidezäpfchen	23,4%	0,0%	11,5%	n.s.
	Kalendermethode	87,9%	66,7%	65,4%	p = 0,017
	Temperaturmethode	71,0%	33,3%	38,5%	p = 0,004
	Verhütungscomputer	11,2%	0,0%	7,7%	n.s.
	Billings-Methode	12,1%	0,0%	0,0%	n.s.
	Coitus interruptus	43,9%	0,0%	38,5%	n.s.
	Pille danach	96,3%	66,7%	96,2%	p = 0,048

Die Buben deutscher Muttersprache kennen folgende Verhütungsmittel: das Kondom (100%), die Pille danach (90,4%), die Spirale (88,3%) und das Diaphragma (69,1%). Weniger bekannt sind hingegen folgende Kontrazeptiva: Billings-Methode (2,1%), den Verhütungscomputer (7,4%), die Scheidezäpfchen (10,6%) und die Hormonstäbchen (11,7%).

100% der italienischen Buben kennen das Kondom, die Hormonpille und die Pille danach. Ihnen völlig unbekannt sind die Scheidezäpfchen und die Billings-Methode.

Den ladinischen Jungen bekannte Verhütungsmittel sind: das Kondom, die Hormonpille, die Spirale und die Pille danach (je zu 100%). 72,7% der Ladiner kennen auch die Sterilisation und die Kalendermethode. Gar kein Ladiner kennt hingegen die Hormonstäbchen, den Verhütungscomputer und die Billings-Methode.

Viele Mädchen deutscher Muttersprache kennen folgende Verhütungsmethoden: das Kondom (99,1%), die Pille danach (96,3%), die Spirale (95,53%), die Hormonpille (94,4%), das Hormonpflaster und die Kalendermethode (87,9%). Weniger Mädchen sind hingegen der Verhütungscomputer (11,2%) und die Billings-Methode (12,1%) bekannt.

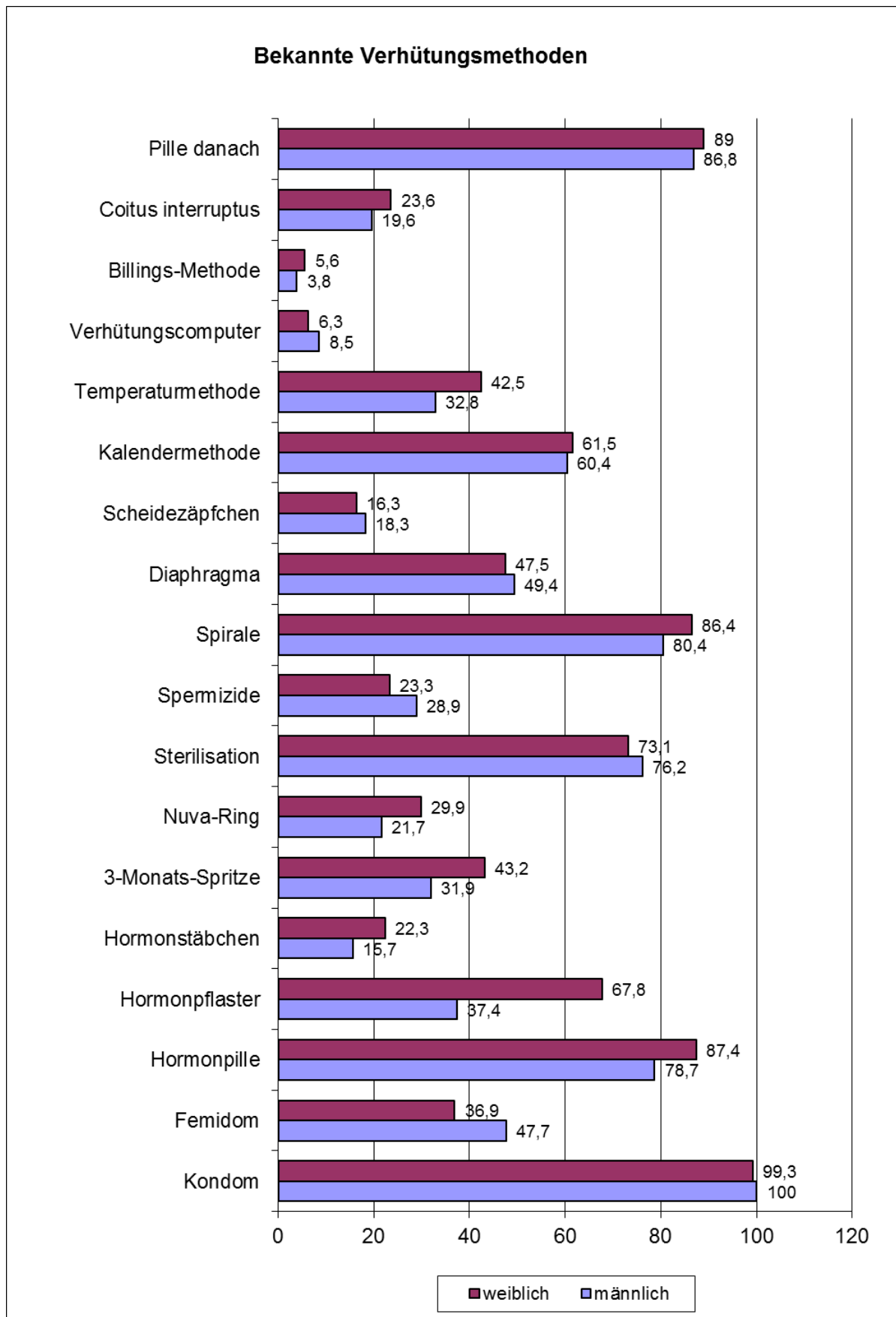
Alle italienischen Mädchen kennen das Kondom, die Hormonpille und die Sterilisation. Hingegen gar nicht bekannt sind die Hormonstäbchen, der Nuva-Ring, die Spermizide, die Scheidezäpfchen, der Verhütungscomputer, die Billings-Methode und der *Coitus interruptus*.

Die ladinischen Mädchen kennen Kontrazeptiva wie das Kondom (100%), die Pille danach (96,2%), die Hormonpille (88,5%) und die Spirale (84,6%). Hingegen nicht bekannt ist die Billings-Methode und auch wenig bekannt sind Verhütungsmethoden wie der Verhütungscomputer (7,7%), die Hormonstäbchen und die Scheidezäpfchen (11,5%).

Die Abbildung 26 auf der nächsten Seite stellt die Bekanntheit der Verhütungsmethoden nach Geschlecht dar. Die bekannteste Verhütungsmethode ist sowohl für die Mädchen als auch für die Jungen das Kondom (99,3% bzw. 100%), gefolgt von der Pille danach (89% bzw. 86,8%), der Spirale (86,4% bzw. 80,4%) und der Hormonpille (87,4% bzw. 78,7%).

Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern konnten bei folgenden Verhütungsmethoden festgestellt werden: Femidom ( $p = 0,012$ ), Hormonpille ( $p = 0,007$ ), Hormonpflaster ( $p = 0,000$ ), 3-Monats-Spritze ( $p = 0,008$ ), Nuva-Ring ( $p = 0,032$ ) und Temperaturmethode ( $p = 0,021$ ).

**Abb. 26:** Grafische Darstellung der bekannten Verhütungsmethoden

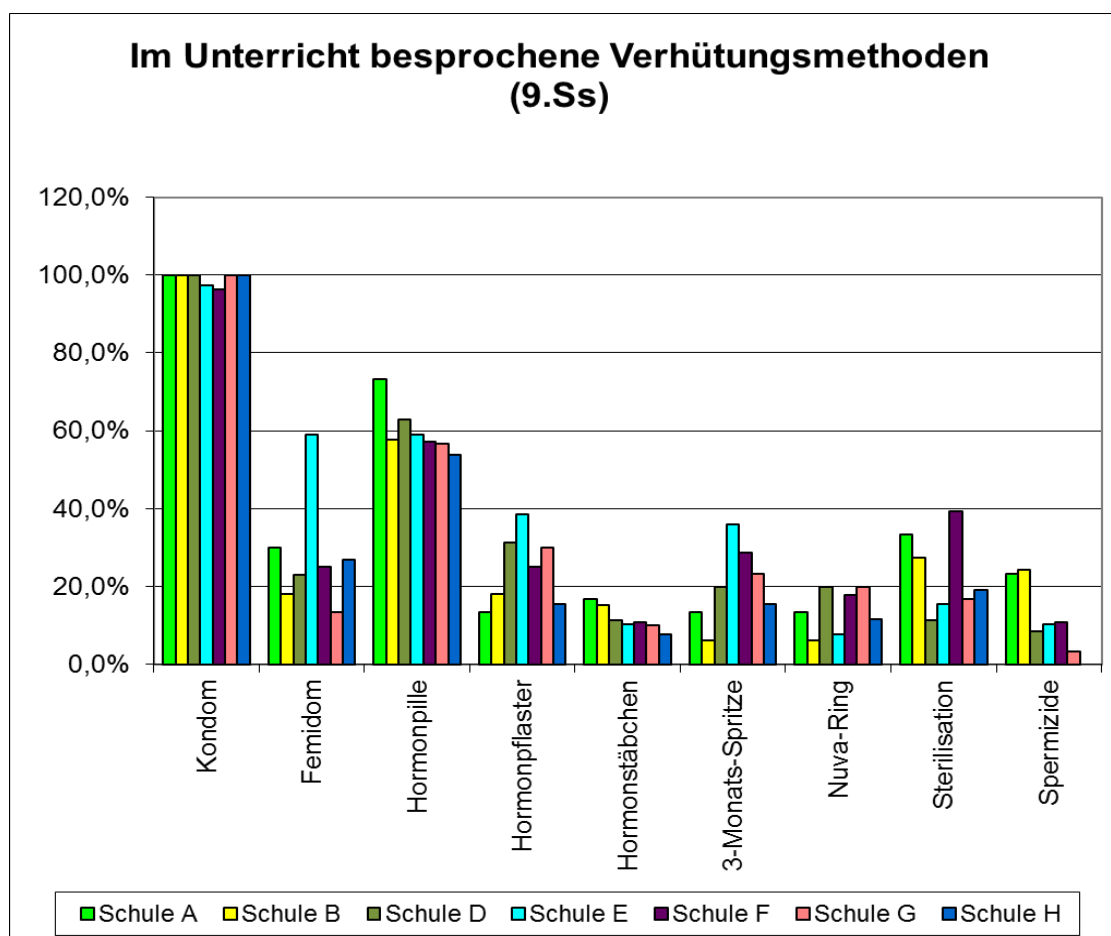


### 5.7.3 Im Unterricht besprochene Verhütungsmittel

**Tab. 31:** Im Unterricht besprochene Verhütungsmethoden (9. Schulstufe)

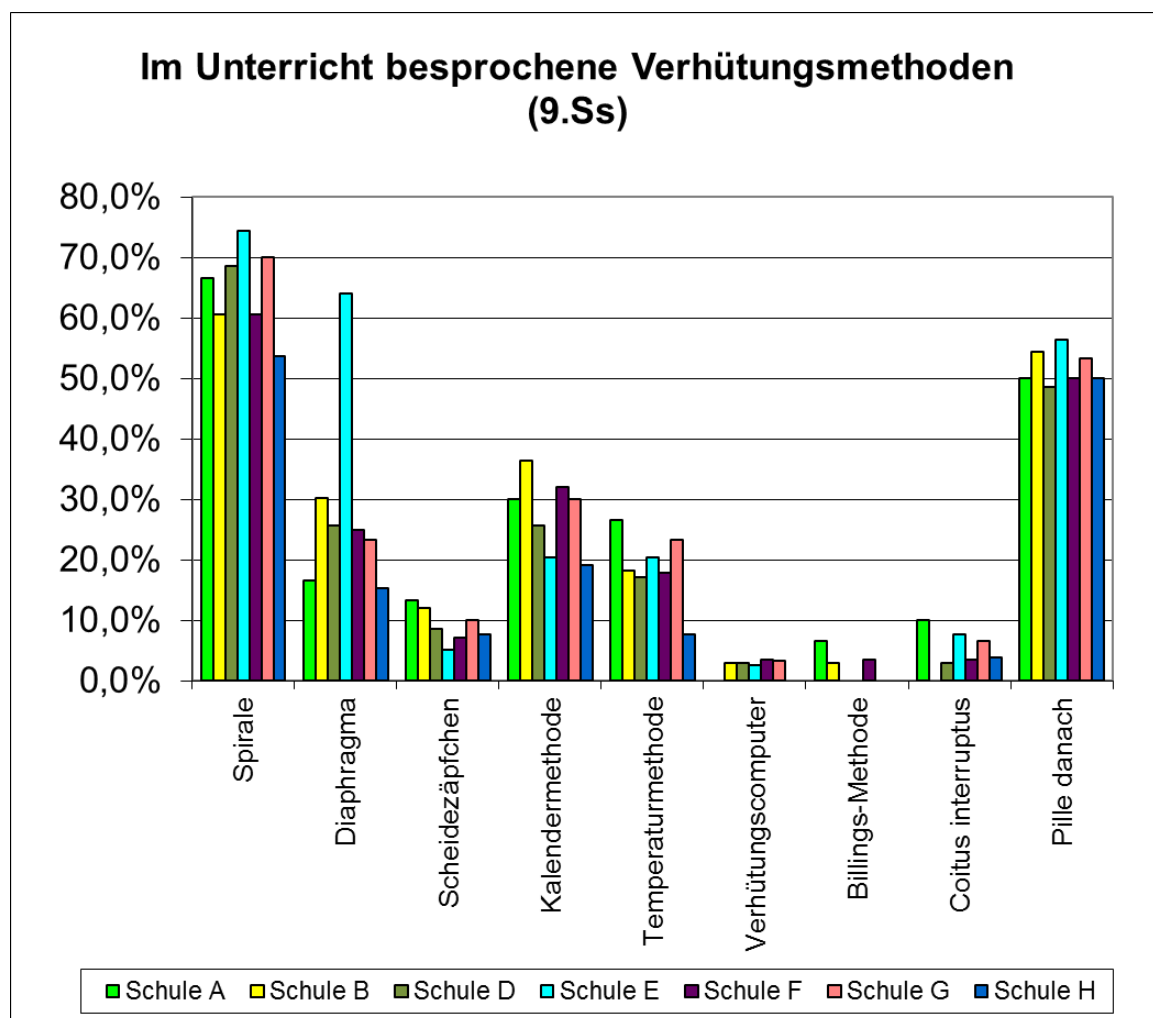
9. Schulstufe	Schule A	Schule B	Schule D	Schule E	Schule F	Schule G	Schule H	Signifikanz
Kondom	100,0%	100,0%	100,0%	97,4%	96,4%	100,0%	100,0%	n.s.
Femidom	30,0%	18,2%	22,9%	59,0%	25,0%	13,3%	26,9%	p = 0,001
Hormonpille	73,3%	57,6%	62,9%	59,0%	57,1%	56,7%	53,8%	n.s.
Hormonpflaster	13,3%	18,2%	31,4%	38,5%	25,0%	30,0%	15,4%	n.s.
Hormonstäbchen	16,7%	15,2%	11,4%	10,3%	10,7%	10,0%	7,7%	n.s.
3-Monats-Spritze	13,3%	6,1%	20,0%	35,9%	28,6%	23,3%	15,4%	n.s.
Nuva-Ring	13,3%	6,1%	20,0%	7,7%	17,9%	20,0%	11,5%	n.s.
Sterilisation	33,3%	27,3%	11,4%	15,4%	39,3%	16,7%	19,2%	n.s.
Spermizide	23,3%	24,2%	8,6%	10,3%	10,7%	3,3%	0,0%	p = 0,022
Spirale	66,7%	60,6%	68,6%	74,4%	60,7%	70,0%	53,8%	n.s.
Diaphragma	16,7%	30,3%	25,7%	64,1%	25,0%	23,3%	15,4%	p = 0,000
Scheidezäpfchen	13,3%	12,1%	8,6%	5,1%	7,1%	10,0%	7,7%	n.s.
Kalendermethode	30,0%	36,4%	25,7%	20,5%	32,1%	30,0%	19,2%	n.s.
Temperaturmethode	26,7%	18,2%	17,1%	20,5%	17,9%	23,3%	7,7%	n.s.
Verhütungscomputer	0,0%	3,0%	2,9%	2,6%	3,6%	3,3%	0,0%	n.s.
Billings-Methode	6,7%	3,0%	0,0%	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	n.s.
Coitus interruptus	10,0%	0,0%	2,9%	7,7%	3,6%	6,7%	3,8%	n.s.
Pille danach	50,0%	54,5%	48,6%	56,4%	50,0%	53,3%	50,0%	n.s.

**Abb. 27:** Grafische Darstellung der im Unterricht besprochenen Verhütungsmethoden (1)



Wie aus der Tabelle 31 und der Abbildung 27 bzw. 28 ersichtlich ist, ist das am häufigsten besprochene Verhütungsmittel der 9. Schulstufe in allen Schulen das Kondom. An zweiter Stelle wurde sowohl die Hormonpille (ca. 54 - 74%) als auch die Spirale (ca. 54 – 75%) in allen Schulen relativ häufig besprochen. In allen Schulen deutlich weniger besprochen wurden die Hormonstäbchen (< 20%), der Nuva-Ring (< 20%), Spermizide (< 25%), Scheidezäpfchen (< 13%), der Verhütungscomputer (< 10%), die Billings-Methode (< 10%) und der *Coitus interruptus* (< 10%). Auch die Pille danach wurde gleichermaßen in 50% der Fälle in jeder Schule besprochen.

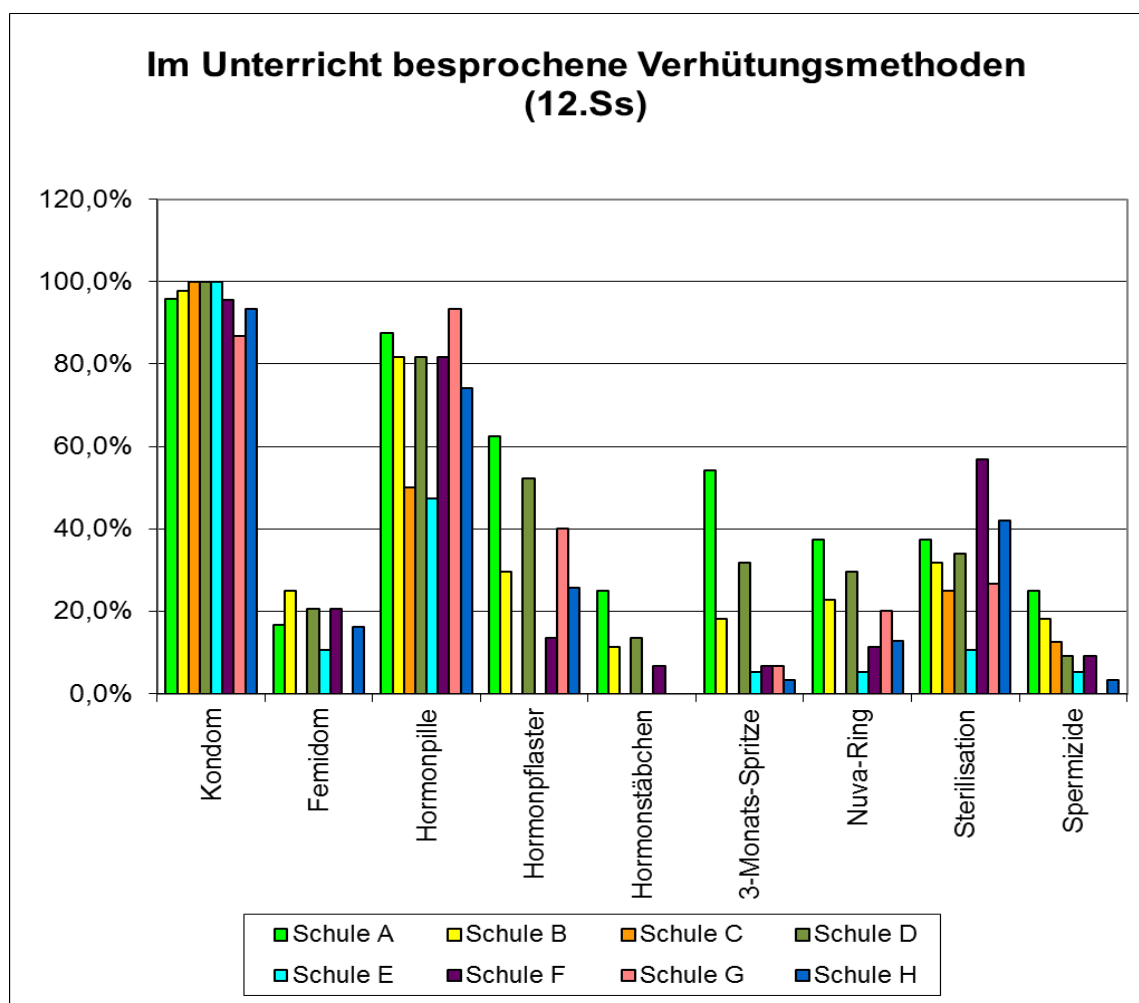
**Abb. 28:** Grafische Darstellung der im Unterricht besprochenen Verhütungsmethoden (2)



**Tab. 32:** Im Unterricht besprochene Verhütungsmethoden (12. Schulstufe)

12. Schulstufe	Schule A	Schule B	Schule C	Schule D	Schule E	Schule F	Schule G	Schule H	Signifikanz
Kondom	95,8%	97,7%	100,0%	100,0%	100,0%	95,5%	86,7%	93,5%	n.s.
Femidom	16,7%	25,0%	0,0%	20,5%	10,5%	20,5%	0,0%	16,1%	n.s.
Hormonpille	87,5%	81,8%	50,0%	81,8%	47,4%	81,8%	93,3%	74,2%	p = 0,009
Hormonpflaster	62,5%	29,5%	0,0%	52,3%	0,0%	13,6%	40,0%	25,8%	p = 0,000
Hormonstäbchen	25,0%	11,4%	0,0%	13,6%	0,0%	6,8%	0,0%	0,0%	p = 0,018
3-Monats-Spritze	54,2%	18,2%	0,0%	31,8%	5,3%	6,8%	6,7%	3,2%	p = 0,000
Nuva-Ring	37,5%	22,7%	0,0%	29,5%	5,3%	11,4%	20,0%	12,9%	p = 0,035
Sterilisation	37,5%	31,8%	25,0%	34,1%	10,5%	56,8%	26,7%	41,9%	p = 0,032
Spermizide	25,0%	18,2%	12,5%	9,1%	5,3%	9,1%	0,0%	3,2%	n.s.
Spirale	87,5%	81,8%	37,5%	90,9%	36,8%	81,8%	66,7%	67,7%	p = 0,000
Diaphragma	58,3%	61,4%	25,0%	65,9%	0,0%	47,7%	13,3%	45,2%	p = 0,000
Scheidezäpfchen	12,5%	9,1%	0,0%	9,1%	5,3%	4,5%	0,0%	0,0%	n.s.
Kalendermethode	62,5%	45,5%	12,5%	54,5%	10,5%	81,8%	20,0%	35,5%	p = 0,000
Temperaturmethode	62,5%	20,5%	0,0%	40,9%	0,0%	72,7%	26,7%	6,5%	p = 0,000
Verhütungscomputer	16,7%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	p = 0,001
Billings-Methode	41,7%	0,0%	0,0%	11,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	p = 0,000
Coitus interruptus	16,7%	18,2%	12,5%	40,9%	0,0%	27,3%	0,0%	3,2%	p = 0,000
Pille danach	70,8%	56,8%	50,0%	68,2%	42,1%	52,3%	26,7%	67,7%	p = 0,061

**Abb. 29:** Grafische Darstellung der im Unterricht besprochenen Verhütungsmethoden (1)

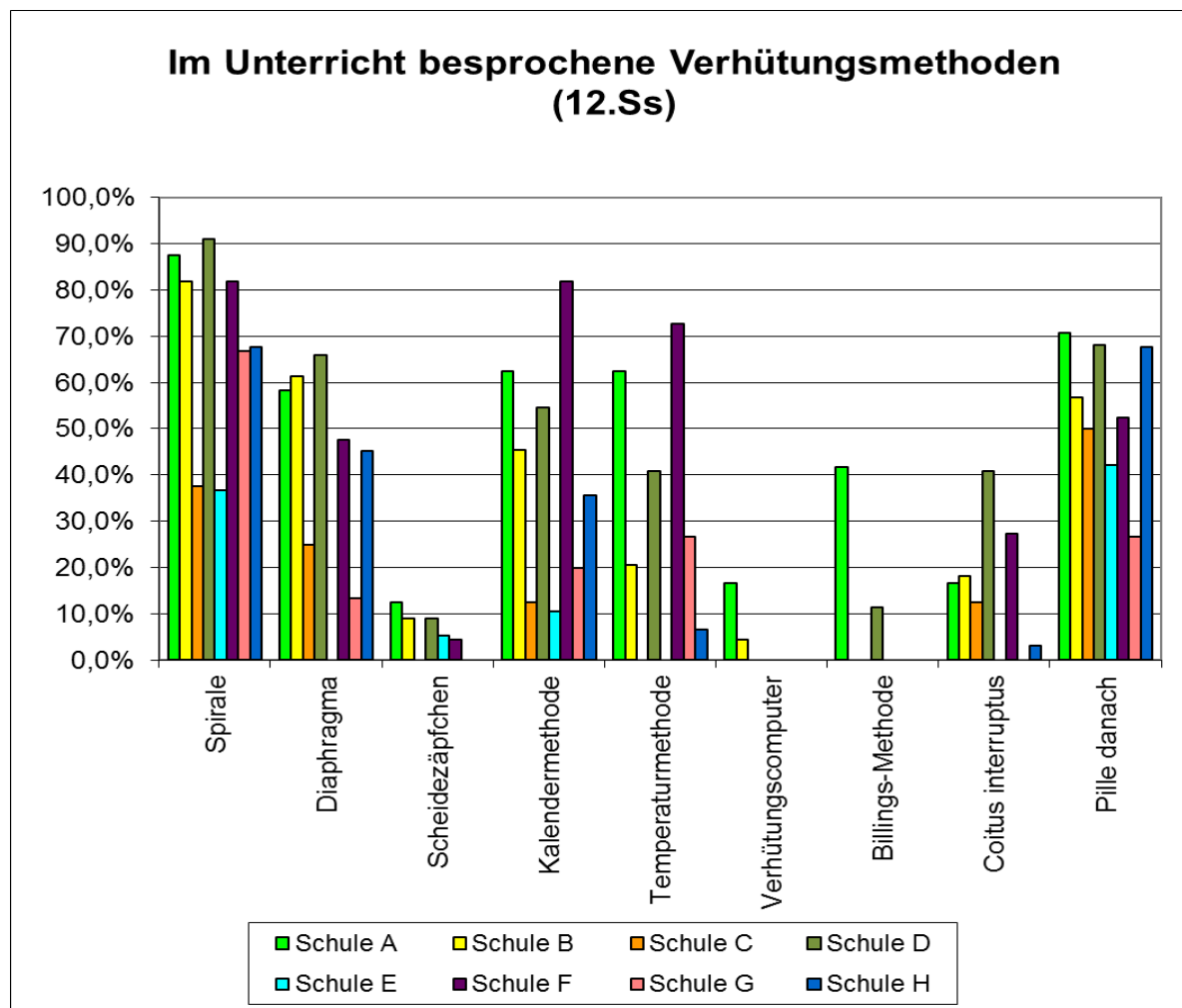




Auch in der 12. Schulstufe ist die am häufigsten im Unterricht besprochene Verhütungsmethode das Kondom. Zahlreich besprochen wurden auch in fast allen Schulen die Hormonpille und die Spirale (Ausnahme: Schule C und Schule E). In der Schule F wurden auch die Sterilisation (56,8%), das Diaphragma (47,7%), die Kalendermethode (81,8%) und die Temperaturmethode (72,7%) im Unterricht häufig behandelt. In allen Schulen selten zur Sprache gekommen ist das Femidom (< 25%), die Hormonstäbchen (< 25%), die Scheidezäpfchen (< 13%), der Verhütungscomputer (nur in Schule A und B) und die Billings-Methode (nur in Schule A und D).

Wie aus der Abbildung 28 und 29 gut ersichtlich, gibt es bei einigen Verhütungsmethoden signifikante Unterschiede zwischen den Schulen (Signifikanz  $p < 0,05$ ).

**Abb. 30:** Grafische Darstellung der im Unterricht besprochenen Verhütungsmethoden (2)



### 5.7.4 Sicherheit der Verhütungsmittel

**Tab. 33:** Sicherheit von Kondom, Femidom, Hormonpille, Hormonpflaster, Hormonstäbchen und 3-Monats-spritze (9.Schulstufe/M).

9. Schulstufe/M		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>Kondom</b>	<i>sehr sicher</i>	45,5%	50%	40%	n.s.
	<i>sicher</i>	48,5%	50%	47%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	6,1%	0%	13%	
<b>Femidom</b>	<i>sehr sicher</i>	14,7%	16,7%	7,1%	n.s.
	<i>sicher</i>	53,3%	66,7%	64,3%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	30,7%	16,7%	28,6%	
	<i>gar nicht sicher</i>	1,3%	0%	0%	
<b>Hormonpille</b>	<i>sehr sicher</i>	33,3%	0%	15,4%	p = 0,024
	<i>sicher</i>	53,1%	50%	61,5%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	13,6%	50%	15,4%	
	<i>gar nicht sicher</i>	0,0%	0%	7,7%	
<b>Hormonpflaster</b>	<i>sehr sicher</i>	5,5%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	41,1%	33,3%	33,3%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	53,4%	66,7%	55,6%	
	<i>gar nicht sicher</i>	0%	0%	11,1%	
<b>Hormonstäbchen</b>	<i>sehr sicher</i>	3%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	41,8%	50%	11,1%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	52,2%	50%	77,8%	
	<i>gar nicht sicher</i>	3,0%	0%	11,1%	
<b>3-Monats-Spritze</b>	<i>sehr sicher</i>	17,4%	25%	20%	n.s.
	<i>sicher</i>	47,8%	0%	30%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	29%	75%	40%	
	<i>gar nicht sicher</i>	4,3%	0%	10%	
	<i>ungültige Antwort</i>	1,4%	0%	0%	

In der 9. Schulstufe sind die meisten Buben aller Muttersprachen der Meinung, dass das Kondom sicher bzw. sehr sicher vor einer Schwangerschaft schützt. Auch das Femidom wurde von 53,3% der deutschen, 66,7% der italienischen und 64,3% der ladinischen Jungen als sicher eingestuft. Die Hormonpille wurde zwar von 53,1% der deutschen, der Hälfte der italienischen und 61,5% der ladinischen Buben als sicher eingestuft, aber die andere Hälfte der italienischen Schüler glaubt, die Pille sei nicht sehr sicher. Das Hormonpflaster wurde von den meisten Jungen dieser Schulstufe als nicht sehr sicher eingestuft. Die 3-Monats-Spritze wurde von 75% der italienischen und 40% der ladinischen Buben als nicht sehr sicher, aber von 47,8% der deutschen Jungen als sicher eingestuft.

**Tab. 34:** Sicherheit von Nuva-Ring, Sterilisation, Spermizide, Spirale, Diaphragma und Scheidezäpfchen (9.Schulstufe/M).

9. Schulstufe/M		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>Nuva-Ring</b>	<i>sehr sicher</i>	8,5%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	42,4%	0%	37,5%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	42,4%	100%	50%	
	<i>gar nicht sicher</i>	6,8%	0%	12,5%	
<b>Sterilisation</b>	<i>sehr sicher</i>	74,7%	83%	20%	p = 0,003
	<i>sicher</i>	14,5%	0%	60%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	8,4%	0%	10%	
	<i>gar nicht sicher</i>	2,4%	17%	10%	
<b>Spermizide</b>	<i>sehr sicher</i>	12,5%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	46,9%	50%	44,4%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	39,1%	50%	44,4%	
	<i>gar nicht sicher</i>	1,6%	0%	11,1%	
<b>Spirale</b>	<i>sehr sicher</i>	25%	25%	18,2%	n.s.
	<i>sicher</i>	48,8%	50%	36,4%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	23,8%	25%	45,5%	
	<i>gar nicht sicher</i>	1,2%	0%	0%	
	<i>ungültige Antwort</i>	1,2%	0%	0%	
<b>Diaphragma</b>	<i>sehr sicher</i>	6,3%	25%	11,1%	n.s.
	<i>sicher</i>	58,7%	75%	33,3%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	31,7%	0%	55,6%	
	<i>gar nicht sicher</i>	3,2%	0%	0%	
<b>Scheidezäpfchen</b>	<i>sehr sicher</i>	6,8%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	37,3%	0%	12,5%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	50,8%	100%	62,5%	
	<i>gar nicht sicher</i>	5,1%	0%	25%	

Der Nuva-Ring wurde von den meisten männlichen Befragten der 9. Schulstufe (42,4% der deutschen, allen italienischen und der Hälfte der ladinischen Buben) als nicht sehr sicher eingestuft. Die Sterilisation hingegen wurde von 74,7% der deutschen, 83% der italienischen, aber nur von 20% der ladinischen Jungen als eine sehr sichere Verhütungsmethode eingestuft. Ungefähr gleich viel Prozent der Schüler aller drei Amtssprachen haben angegeben, dass Spermizide sicher bzw. nicht sehr sicher sind. Auch die Spirale wird von 48,8% der deutschen, 50% der italienischen und 36,4% der ladinischen Jungen als sicher und von 23,8% der deutschen, 25% der italienischen und 45,5% der ladinischen Buben als nicht sehr sicher eingestuft. Das Diaphragma wurde von den italienischen Jungen als sicher (75%) oder sogar sehr sicher (25%) eingestuft. Auch die Mehrheit (58,7%) der deutschen männlichen Befragten glauben, das Diaphragma sei ein sicheres Verhütungsmittel. Die Mehrheit (55,6%) der ladinischen Jungen hingegen stuft das

Diaphragma als nicht sehr sicher ein. Die Scheidezäpfchen wurden von der Mehrheit aller Jungen der 9. Schulstufe als nicht sehr sicher eingestuft.

**Tab. 35:** Sicherheit von Kalendermethode, Temperaturmethode, Verhütungs-PC, Billings-Methode, *Coitus interruptus* und Pille danach (9.Schulstufe/M).

9. Schulstufe/M		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>Kalendermethode</b>	<i>sehr sicher</i>	2,8%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	11,1%	0%	22,2%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	51,4%	40%	11,1%	
	<i>gar nicht sicher</i>	33,3%	60%	66,7%	
	<i>ungültige Antwort</i>	1,4%	0%	0,0%	
<b>Temperaturmethode</b>	<i>sicher</i>	9,5%	0%	12,5%	n.s.
	<i>nicht sehr sicher</i>	50,8%	25%	25,0%	
	<i>gar nicht sicher</i>	38,1%	75%	62,5%	
	<i>ungültige Antwort</i>	1,6%	0%	0%	
<b>Verhütungs-PC</b>	<i>sehr sicher</i>	1,7%	0%	12,5%	n.s.
	<i>sicher</i>	29,3%	33,3%	12,5%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	48,3%	66,7%	37,5%	
	<i>gar nicht sicher</i>	20,7%	0%	37,5%	
<b>Billings-Methode</b>	<i>sehr sicher</i>	3,8%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	35,8%	0%	25%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	54,7%	100%	50%	
	<i>gar nicht sicher</i>	5,7%	0%	25%	
<b>Coitus interruptus</b>	<i>sehr sicher</i>	5,5%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	32,7%	50%	50%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	43,6%	50%	25%	
	<i>gar nicht sicher</i>	18,2%	0%	25%	
<b>Pille danach</b>	<i>sehr sicher</i>	23,7%	33,3%	21,4%	n.s.
	<i>sicher</i>	48,4%	50%	28,6%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	24,7%	16,7%	28,6%	
	<i>gar nicht sicher</i>	3,2%	0%	21,4%	

Die Kalendermethode sowie die Temperaturmethode und der Verhütungscomputer wurden von den meisten Jungen aller drei Amtssprachen der Schulstufe 9 als nicht sehr sicher oder gar nicht sicher eingestuft. Auch wenn 54,7% der deutschen, alle italienischen und die Hälfte der ladinischen Schülern angegeben haben, dass die Billings-Methode nicht sehr sicher ist, ist sie für 35,8% der deutschen und 25% der ladinischen Jungen eine sichere Verhütungsmethode. Der *Coitus interruptus* wurde von der Hälfte der ladinischen und italienischen und von 32,7% der deutschen Buben als sicher eingestuft. Dennoch sind 43,6% der deutschen, die andere Hälfte der

italienischen und ein Viertel der ladinischen männlichen Befragten der Meinung, dass der *Coitus interruptus* nicht sehr sicher ist. Die Pille danach wurde von den meisten deutschen Buben als sicher (48,4%) und sehr sicher (23,7%) eingestuft. Auch die Mehrheit der italienischen Befragten ist dieser Meinung. 28,6% der ladinischen Jungen ist hingegen der Meinung, dass die Pille danach sicher bzw. nicht sehr sicher ist und 21,4% hat sogar angegeben, die Pille danach sei gar nicht sicher.

**Tab. 36:** Sicherheit von Kondom, Femidom, Hormonpille, Hormonpflaster, Hormonstäbchen und 3-Monats-spritze (9.Schulstufe/W)

9. Schulstufe/W		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>Kondom</b>	<i>sehr sicher</i>	27,4%	50%	55%	p = 0,033
	<i>sicher</i>	65,0%	25%	33%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	7,7%	25%	12%	
<b>Femidom</b>	<i>sehr sicher</i>	9,7%	0%	17,4%	n.s.
	<i>sicher</i>	54,2%	0%	65,2%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	36,1%	100%	17,4%	
<b>Hormonpille</b>	<i>sehr sicher</i>	44%	0%	34,4%	n.s.
	<i>sicher</i>	46%	75%	46,9%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	9%	25%	18,8%	
	<i>ungültige Antwort</i>	1%	0%	0%	
<b>Hormonpflaster</b>	<i>sehr sicher</i>	4,8%	0%	3,3%	n.s.
	<i>sicher</i>	35,7%	0%	23,3%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	53,6%	100%	73,3%	
	<i>gar nicht sicher</i>	4,8%	0%	0%	
	<i>ungültige Antwort</i>	1,2%	0%	0%	
<b>Hormonstäbchen</b>	<i>sehr sicher</i>	5,9%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	32,4%	0%	19%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	55,9%	100%	66,7%	
	<i>gar nicht sicher</i>	5,9%	0%	14,3%	
<b>3-Monats-Spritze</b>	<i>sehr sicher</i>	14,1%	0%	8%	n.s.
	<i>sicher</i>	47,4%	33%	25%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	35%	67%	42%	
	<i>gar nicht sicher</i>	3,8%	0%	25%	

In der Tabelle 36 wird die Schätzung der Sicherheit einiger Verhütungsmethoden von den Mädchen der 9. Schulstufe dargestellt. Das Kondom und die Hormonpille sind für die meisten weiblichen Befragten entweder sicher oder sehr sicher. Das Femidom wurde von den meisten als sicher und von den italienischen Mädchen als nicht sehr sicher eingestuft. Hormonpflaster, Hormonstäbchen und 3-Monats-Spritze wurde von den meisten Mädchen aller Muttersprachen als nicht sehr sicher eingestuft

(Ausnahme: 47,4% der deutschen Schülerinnen stufen die 3-Monats-Spritze als sicher ein).

**Tab. 37:** Sicherheit von Nuva-Ring, Sterilisation, Spermizide, Spirale, Diaphragma und Scheidezäpfchen (9.Schulstufe/W)

9. Schulstufe/W		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>Nuva-Ring</b>	<i>sehr sicher</i>	7,8%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	40,6%	0%	33,3%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	48,4%	100%	50%	
	<i>gar nicht sicher</i>	3,1%	0%	16,7%	
<b>Sterilisation</b>	<i>sehr sicher</i>	80%	50%	58,3%	n.s.
	<i>sicher</i>	12,2%	50%	25%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	6,7%	0%	8,3%	
	<i>gar nicht sicher</i>	1,1%	0%	8,3%	
<b>Spermizide</b>	<i>sehr sicher</i>	1,9%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	25,9%	100%	38,9%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	61,1%	0%	44,4%	
	<i>gar nicht sicher</i>	11,1%	0%	16,7%	
<b>Spirale</b>	<i>sehr sicher</i>	26%	25%	8,3%	n.s.
	<i>sicher</i>	51,9%	25%	62,5%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	22,1%	50%	25%	
	<i>gar nicht sicher</i>	0%	0%	4,2%	
<b>Diaphragma</b>	<i>sehr sicher</i>	7%	50%	8,7%	n.s.
	<i>sicher</i>	52,6%	50%	47,8%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	38,6%	0%	34,8%	
	<i>gar nicht sicher</i>	1,8%	0%	8,7%	
<b>Scheidezäpfchen</b>	<i>sehr sicher</i>	3,4%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	34,5%	0%	12,5%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	56,9%	100%	68,8%	
	<i>gar nicht sicher</i>	5,2%	0%	18,8%	

Der Nuva-Ring, die Spermizide (Ausnahme: Italienerinnen) und die Scheidezäpfchen werden von den meisten Mädchen der 9. Schulstufe als nicht sehr sicher eingeordnet. Die Sterilisation wird von den meisten Befragten als sehr sicher, die Spirale (mit Ausnahme der Italienerinnen) und das Diaphragma als sicher eingestuft.

**Tab. 38:** Sicherheit von Kalendermethode, Temperaturmethode, Verhütungs-PC, Billings-Methode, *Coitus interruptus* und Pille danach (9.Schulstufe/W)

9. Schulstufe/W		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>Kalendermethode</b>	<i>sicher</i>	5,9%	0%	23,8%	n.s.
	<i>nicht sehr sicher</i>	44,7%	50%	38,1%	
	<i>gar nicht sicher</i>	48,2%	50%	38,1%	
	<i>ungültige Antwort</i>	1,2%	0%	0%	
<b>Temperaturmethode</b>	<i>sehr sicher</i>	0%	0%	5%	n.s.
	<i>sicher</i>	2,7%	50%	10%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	48,6%	0%	35%	
	<i>gar nicht sicher</i>	48,6%	50%	50%	
<b>Verhütungs-PC</b>	<i>sehr sicher</i>	1,9%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	11,5%	50%	23,5%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	53,8%	0%	35,3%	
	<i>gar nicht sicher</i>	32,7%	50%	41,2%	
<b>Billings-Methode</b>	<i>sicher</i>	20%	50%	6,7%	n.s.
	<i>nicht sehr sicher</i>	70%	50%	53,3%	
	<i>gar nicht sicher</i>	10%	0%	40%	
<b>Coitus interruptus</b>	<i>sehr sicher</i>	4,3%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	25,5%	0%	26,7%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	46,8%	50%	46,7%	
	<i>gar nicht sicher</i>	23,4%	50%	26,7%	
<b>Pille danach</b>	<i>sehr sicher</i>	19,4%	25%	17,9%	n.s.
	<i>sicher</i>	50%	25%	39,3%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	23,1%	25%	32,1%	
	<i>gar nicht sicher</i>	6,5%	0%	10,7%	
	<i>ungültige Antwort</i>	0,9%	25%	0%	

Wie aus der Tabelle 38 ersichtlich, haben die meisten weiblichen Befragten der Schulstufe 9 angegeben, dass die Kalendermethode, die Temperaturmethode, der Verhütungscomputer, die Billings-Methode und der *Coitus interruptus* nicht sehr sicher bzw. gar nicht sicher sind. Auch die Pille danach ist für viele kein sicheres Verhütungsmittel, dennoch haben 19,4% der deutschen, 25% der italienischen und 17,9% der ladinischen Mädchen die Pille danach als eine sehr sichere Verhütungsmethode eingestuft.

**Tab. 39:** Sicherheit von Kondom, Femidom, Hormonpille, Hormonpflaster, Hormonstäbchen und 3-Monats-spritze (12.Schulstufe/M)

12. Schulstufe/M		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>Kondom</b>	<i>sehr sicher</i>	42,6%	33,3%	9,1%	n.s.
	<i>sicher</i>	50%	66,7%	91%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	7,4%	0%	0%	
<b>Femidom</b>	<i>sehr sicher</i>	13,9%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	61,1%	100%	87,5%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	25%	0%	12,5%	
<b>Hormonpille</b>	<i>sehr sicher</i>	41,4%	33,3%	45,5%	
	<i>sicher</i>	47,6%	33,3%	36,4%	p = 0,000
	<i>nicht sehr sicher</i>	11%	0%	18,2%	
	<i>gar nicht sicher</i>	0%	33,3%	0%	
<b>Hormonpflaster</b>	<i>sehr sicher</i>	11,5%	33,3%	0%	
	<i>sicher</i>	32,8%	0%	42,9%	n.s.
	<i>nicht sehr sicher</i>	0,8%	66,7%	57,1%	
	<i>gar nicht sicher</i>	3,3%	0%	0%	
	<i>ungültige Antwort</i>	1,6%	0%	0%	
<b>Hormonstäbchen</b>	<i>sehr sicher</i>	17,5%	50%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	36,8%	0%	16,7%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	43,9%	50%	83,3%	
	<i>gar nicht sicher</i>	1,8%	0%	0%	
<b>3-Monats-Spritze</b>	<i>sehr sicher</i>	22,6%	50%	28,6%	n.s.
	<i>sicher</i>	54,7%	0%	42,9%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	22,6%	50%	28,6%	

In der 12. Schulstufe haben die meisten Jungen angegeben, dass es sich beim Kondom, beim Femidom, bei der Hormonpille und bei der 3-Monats-Spritze um sichere bzw. sehr sichere Verhütungsmethoden handelt. Das Hormonpflaster ist für die meisten Jungen italienischer und ladinischer Muttersprache als nicht sehr sicher eingestuft worden und die Hormonstäbchen sind für die meisten Jungen aller Muttersprachen eine nicht sehr sichere Verhütungsmethode.

Die Tabelle 40 auf der nächsten Seite zeigt, dass die Jungen den Nuva-Ring, die Spirale und das Diaphragma (mit Ausnahme der italienischen Buben) als sicher eingestuft haben. Die Sterilisation wurde von allen Befragten als sehr sichere Verhütungsmethode, die Spermizide und die Scheidezäpfchen hingegen als nicht sehr sichere Verhütungsmethoden eingestuft. Die Kalendermethode, die Temperaturmethode, der Verhütungscomputer, die Billings-Methoden, der *Coitus interruptus* und die Pille danach wurden von der Mehrheit als nicht sehr sicher bzw. gar nicht sicher eingestuft.



**Tab. 40:** Sicherheit von Nuva-Ring, Sterilisation, Spermizide, Spirale, Diaphragma, Scheidezäpfchen, Kalendermethode, Temperaturmethode, Verhütungs-PC, Billings-Methode, *Coitus interruptus* und Pille danach (12.Schulstufe/M)

12. Schulstufe/M		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>Nuva-Ring</b>	<i>sehr sicher</i>	14%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	46%	50%	66,7%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	38%	50%	33,3%	
	<i>gar nicht sicher</i>	2%	0%	0%	
<b>Sterilisation</b>	<i>sehr sicher</i>	89,5%	100%	80%	n.s.
	<i>sicher</i>	7%	0%	10%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	3,5%	0%	10%	
<b>Spermizide</b>	<i>sehr sicher</i>	9,3%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	22,2%	50%	42,9%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	59,3%	50%	57,1%	
	<i>gar nicht sicher</i>	9,3%	0%	0%	
<b>Spirale</b>	<i>sehr sicher</i>	12,7%	50%	45,5%	p = 0,048
	<i>sicher</i>	68,4%	0%	54,5%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	17,7%	50%	0%	
	<i>gar nicht sicher</i>	1,3%	0%	0%	
<b>Diaphragma</b>	<i>sehr sicher</i>	8,8%	50%	42,9%	p = 0,001
	<i>sicher</i>	61,8%	0%	42,9%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	27,9%	0%	14,3%	
	<i>gar nicht sicher</i>	1,5%	50%	0%	
<b>Scheidezäpfchen</b>	<i>sehr sicher</i>	4%	0%	33,3%	n.s.
	<i>sicher</i>	40%	0%	33,3%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	50%	100%	33,3%	
	<i>gar nicht sicher</i>	4%	0%	0%	
	<i>ungültige Antwort</i>	2%	0%	0%	
<b>Kalendermethode</b>	<i>sehr sicher</i>	2,4%	0%	10%	n.s.
	<i>sicher</i>	7,2%	0%	10%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	50,6%	0%	50%	
	<i>gar nicht sicher</i>	39,8%	100%	30%	
<b>Temperaturmethode</b>	<i>sehr sicher</i>	1,5%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	8,8%	0%	0%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	48,5%	33,3%	33,3%	
	<i>gar nicht sicher</i>	41,2%	66,7%	66,7%	
<b>Verhütungs-PC</b>	<i>sehr sicher</i>	2%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	32,7%	0%	16,7%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	44,9%	0%	83,3%	
	<i>gar nicht sicher</i>	20,4%	100%	0%	
<b>Billings-Methode</b>	<i>sehr sicher</i>	0,3%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	27,9%	0%	0%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	62,8%	50%	100%	
	<i>gar nicht sicher</i>	7%	50%	0%	
<b>Coitus interruptus</b>	<i>sehr sicher</i>	4,8%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	19,4%	0%	28,6%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	21,0%	50%	28,6%	
	<i>gar nicht sicher</i>	53,2%	50%	42,9%	
	<i>ungültige Antwort</i>	1,6%	0%	0%	
<b>Pille danach</b>	<i>sehr sicher</i>	26,7%	0%	36,4%	n.s.
	<i>sicher</i>	43%	33,3%	27,3%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	24,4%	33,3%	36,4%	
	<i>gar nicht sicher</i>	5,8%	33,3%	0%	

**Tab. 41:** Sicherheit von Kondom, Femidom, Hormonpille, Hormonpflaster, Hormonstäbchen und 3-Monats-spritze (12.Schulstufe/W)

12. Schulstufe/W		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>Kondom</b>	<i>sehr sicher</i>	22,4%	33%	32%	n.s.
	<i>sicher</i>	61,7%	67%	60%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	15,9%	0%	4%	
	<i>ungültige Antwort</i>	0%	0%	4%	
<b>Femidom</b>	<i>sehr sicher</i>	2,4%	50%	4,8%	p = 0,008
	<i>sicher</i>	51,8%	50%	76,2%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	44,6%	0%	19%	
	<i>gar nicht sicher</i>	1,2%	0%	0%	
<b>Hormonpille</b>	<i>sehr sicher</i>	59,8%	100%	44%	n.s.
	<i>sicher</i>	34,6%	0%	52%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	4,7%	0%	4%	
	<i>gar nicht sicher</i>	0,9%	0%	0%	
<b>Hormonpflaster</b>	<i>sehr sicher</i>	19,2%	100%	4,8%	n.s.
	<i>sicher</i>	47,5%	0%	57,1%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	31,3%	0%	38,1%	
	<i>gar nicht sicher</i>	2%	0%	0%	
<b>Hormonstäbchen</b>	<i>sehr sicher</i>	15,1%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	48,8%	100%	40%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	34,9%	0%	60%	
	<i>gar nicht sicher</i>	1,2%	0%	0%	
<b>3-Monats-Spritze</b>	<i>sehr sicher</i>	27%	100%	6,7%	n.s.
	<i>sicher</i>	51,7%	0%	46,7%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	21,3%	0%	46,7%	

Die Mehrheit der Mädchen der 12. Schulstufe haben das Kondom, das Femidom, das Hormonpflaster, die Hormonstäbchen (mit Ausnahme der Ladinerrinnen) und die 3-Monats-Spritze (mit Ausnahme der Italienerinnen) als sicher eingestuft. Bei der Hormonpille handelt es sich hingegen für 59,8% der deutschen, für alle italienischen und 44% der ladinischen Mädchen um eine sehr sichere Verhütungsmethode.

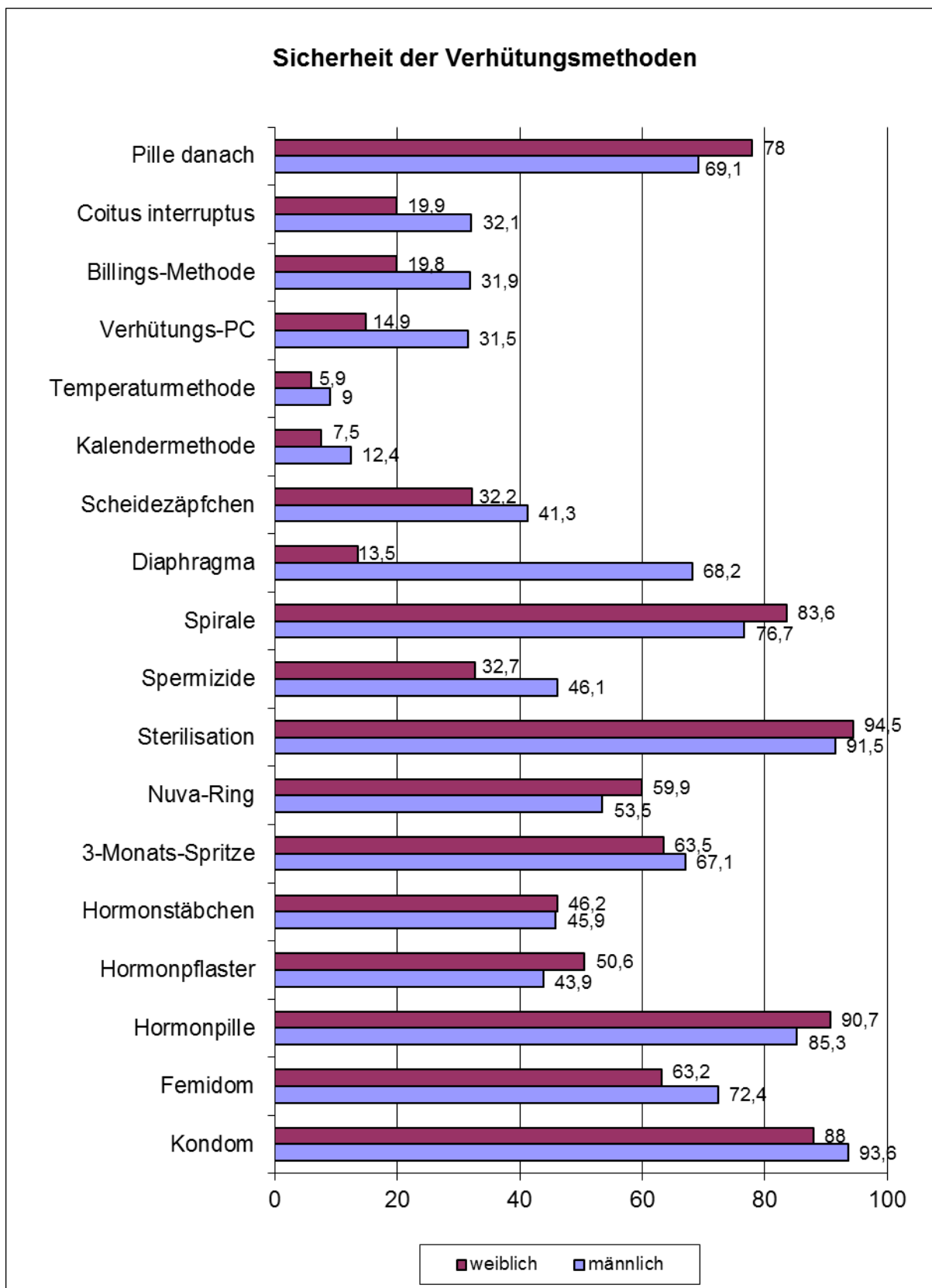
Wie aus Tabelle 42 ersichtlich, wurden der Nuva-Ring (Ausnahme: Italienerinnen), die Spirale und das Diaphragma von den meisten Mädchen als sicher eingestuft. Spermizide und Scheidezäpfchen (Ausnahme: Italienerinnen) sind für die meisten nicht sehr sichere Verhütungsmethoden. Auch die Kalendermethode, die Temperaturmethode, der Verhütungscomputer, die Billings-Methode und der *Coitus interruptus* wurden von der Mehrheit als nicht sehr sicher bzw. gar nicht sicher eingestuft. Nur die Sterilisation und die Pille danach sind für die meisten Mädchen dieser Schulstufe sichere bzw. sehr sichere Verhütungsmethoden.

**Tab. 42:** Sicherheit von Nuva-Ring, Sterilisation, Spermizide, Spirale, Diaphragma, Scheidezäpfchen Kalendermethode, Temperaturmethode, Verhütungs-PC, Billings-Methode, *Coitus interruptus* und Pille danach (12.Schulstufe/W)

12. Schulstufe/W		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>Nuva-Ring</b>	<i>sehr sicher</i>	18,7%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	50,7%	0%	66,7%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	29,3%	100%	33,3%	
	<i>gar nicht sicher</i>	1,3%	0%	0%	
<b>Sterilisation</b>	<i>sehr sicher</i>	92,3%	100%	78,3%	n.s.
	<i>sicher</i>	6,7%	0%	13%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	1%	0%	8,7%	
<b>Spermizide</b>	<i>sehr sicher</i>	0%	0%	6,3%	n.s.
	<i>sicher</i>	34,6%	0%	25,0%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	56,4%	100%	44%	
	<i>gar nicht sicher</i>	9%	0%	25%	
<b>Spirale</b>	<i>sehr sicher</i>	26,9%	0%	21,7%	n.s.
	<i>sicher</i>	67,3%	100%	60,9%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	5,8%	0%	17,4%	
<b>Diaphragma</b>	<i>sehr sicher</i>	11%	0%	12,5%	n.s.
	<i>sicher</i>	75,8%	100%	62,5%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	13,2%	0%	25%	
<b>Scheidezäpfchen</b>	<i>sehr sicher</i>	2,5%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	33,8%	100%	21,4%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	58,8%	0%	71,4%	
	<i>gar nicht sicher</i>	5%	0%	7,1%	
<b>Kalendermethode</b>	<i>sicher</i>	7%	0%	0%	n.s.
	<i>nicht sehr sicher</i>	42%	100%	52,2%	
	<i>gar nicht sicher</i>	51%	0%	45,8%	
<b>Temperaturmethode</b>	<i>sehr sicher</i>	1%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	5,1%	0%	0%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	48%	0%	57,1%	
	<i>gar nicht sicher</i>	45,9%	100%	42,9%	
<b>Verhütungs-PC</b>	<i>sicher</i>	13%	0%	20%	n.s.
	<i>nicht sehr sicher</i>	63,8%	100%	66,7%	
	<i>gar nicht sicher</i>	23,2%	0%	13,3%	
<b>Billings-Methode</b>	<i>sicher</i>	25,5%	0%	16,7%	n.s.
	<i>nicht sehr sicher</i>	56,9%	100%	83,3%	
	<i>gar nicht sicher</i>	17,6%	0%	0%	
<b>Coitus interruptus</b>	<i>sehr sicher</i>	2,8%	0%	0%	n.s.
	<i>sicher</i>	11,1%	0%	22,2%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	33,3%	100%	38,9%	
	<i>gar nicht sicher</i>	52,8%	0%	38,9%	
<b>Pille danach</b>	<i>sehr sicher</i>	44,7%	0%	32%	n.s.
	<i>sicher</i>	40,8%	50%	36%	
	<i>nicht sehr sicher</i>	13,6%	50%	24%	
	<i>gar nicht sicher</i>	1%	0%	8%	

Die Abbildung 31 auf der nächsten Seite stellt die geschlechtsunterschiedlichen Meinungen bei der Einschätzung der Verhütungsmethoden als sicher bzw. sehr sicher dar.

**Abb. 31:** Grafische Darstellung zur Sicherheit der Verhütungsmethoden



### 5.7.5 Verhütungsmittel, die vor Geschlechtskrankheiten schützen

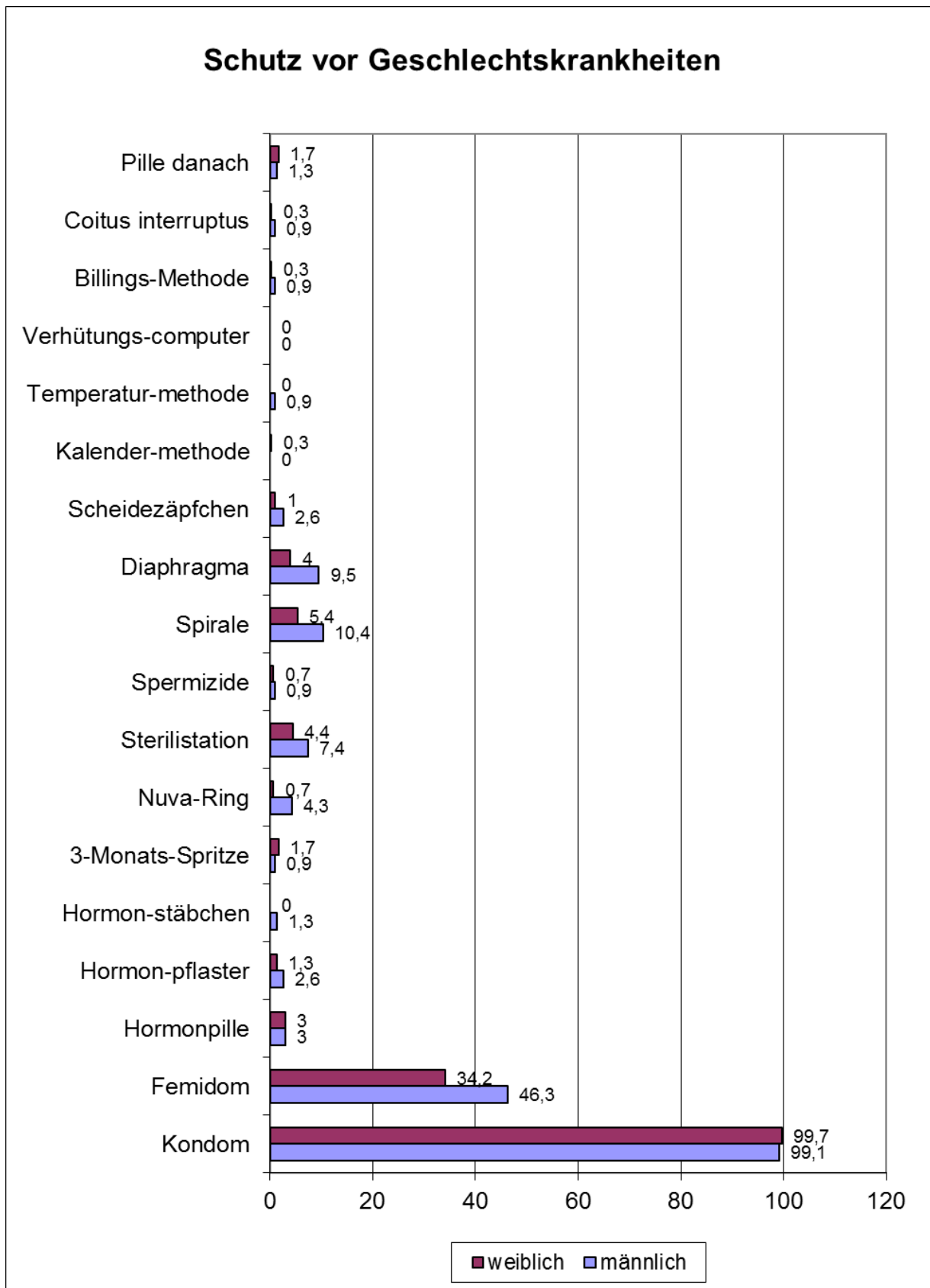
**Tab.43:** Verhütungsmittel, die vor Geschlechtskrankheiten schützen

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	Kondom	98%	100%	100%	n.s.
	Femidom	43,4%	63%	77%	n.s.
	Hormonpille	4%	0%	15%	n.s.
	Hormon-pflaster	5,1%	0%	0%	n.s.
	Hormon-stäbchen	2%	0%	0%	n.s.
	3-Monats-Spritze	1%	0%	7,7%	n.s.
	Nuva-Ring	6,1%	0%	8%	n.s.
	Sterilisation	9,1%	25%	0%	n.s.
	Spermizide	2%	0%	0%	n.s.
	Spirale	13,1%	0%	23,1%	n.s.
	Diaphragma	7,1%	25%	7,7%	n.s.
	Scheidezäpfchen	3%	0%	0%	n.s.
	Kalender-methode	0%	0%	0%	n.s.
	Temperatur-methode	1%	0%	0%	n.s.
	Verhütungs-computer	0%	0%	0%	n.s.
	Billings-Methode	2%	0%	0%	n.s.
	Coitus interruptus	1%	0%	0%	n.s.
	Pille danach	2%	0%	7,7%	n.s.
<b>9. Ss - W</b>	Kondom	100%	75%	100%	p = 0,000
	Femidom	30,4%	0%	42,4%	n.s.
	Hormonpille	4,3%	0%	9,1%	n.s.
	Hormon-pflaster	1,7%	0%	3%	n.s.
	Hormon-stäbchen	0%	0%	0,0%	n.s.
	3-Monats-Spritze	2,6%	0%	0,0%	n.s.
	Nuva-Ring	0%	0%	3%	n.s.
	Sterilisation	5,2%	25%	0%	n.s.
	Spermizide	0,9%	0%	0%	n.s.
	Spirale	6,1%	0%	6,1%	n.s.
	Diaphragma	2,6%	25%	3%	n.s.
	Scheidezäpfchen	0%	0%	0%	n.s.
	Kalendermethode	0%	0%	3%	n.s.
	Temperaturmethode	0%	0%	0%	n.s.
	Verhütungscomputer	0%	0%	0%	n.s.
	Billings-Methode	0%	25%	0%	p = 0,000
	Coitus interruptus	0%	0%	0%	n.s.
	Pille danach	2,6%	25%	3%	n.s.

In Tabelle 43 wird gezeigt, welche Verhütungsmethoden vor Geschlechtskrankheiten schützen. Die Mehrheit der Jungen und Mädchen der 9. Schulstufe haben angegeben, dass das Kondom und das Femidom vor sexuell übertragbaren Krankheiten schützen. Einige Schüler und Schülerinnen glauben auch, dass andere Verhütungsmethoden wie die Hormonpille, die Sterilisation, die Spirale, das Diaphragma und die Pille danach vor Geschlechtskrankheiten schützen.

Die Abbildung 32 auf der nächsten Seite zeigt im Überblick die Geschlechtsunterschiede bei der Beantwortung dieser Frage.

**Abb. 32:** Grafische Darstellung der Verhütungsmethoden, die vor Geschlechtskrankheiten schützen



### 5.7.6 Information über die Verhütungsmethoden

**Tab. 44:** Informationsquellen zu den Verhütungsmethoden (9. Schulstufe)

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Schule</i>	48,0%	33,3%	73,3%	n.s.
	<i>Sexualkundeunterricht</i>	49,0%	16,7%	60,0%	n.s.
	<i>Mutter</i>	32,0%	66,7%	40,0%	n.s.
	<i>Vater</i>	15,0%	66,7%	13,3%	p = 0,005
	<i>Bruder</i>	3,0%	16,7%	0,0%	n.s.
	<i>Schwester</i>	6,0%	0,0%	6,7%	n.s.
	<i>Freunde</i>	48,0%	66,7%	73,3%	n.s.
	<i>Bekannte</i>	6,0%	0,0%	0,0%	n.s.
	<i>Fernsehen/Video</i>	37,0%	33,3%	73,3%	p = 0,026
	<i>Internet</i>	26,0%	33,3%	33,3%	n.s.
	<i>Zeitschriften/Bücher</i>	31,0%	33,3%	46,7%	n.s.
	<i>Anderes</i>	5,0%	0,0%	0,0%	n.s.
<b>9. Ss - W</b>	<i>Schule</i>	59,3%	50,0%	81,8%	n.s.
	<i>Sexualkundeunterricht</i>	52,5%	25,0%	54,5%	n.s.
	<i>Mutter</i>	44,1%	50,0%	45,5%	n.s.
	<i>Vater</i>	6,8%	25,0%	3,0%	n.s.
	<i>Bruder</i>	3,4%	0,0%	0,0%	n.s.
	<i>Schwester</i>	10,2%	25,0%	9,1%	n.s.
	<i>Freunde</i>	47,5%	50,0%	54,5%	n.s.
	<i>Bekannte</i>	4,2%	25,0%	3,0%	n.s.
	<i>Fernsehen/Video</i>	24,6%	0,0%	18,2%	n.s.
	<i>Internet</i>	13,6%	0,0%	9,1%	n.s.
	<i>Zeitschriften/Bücher</i>	50,8%	0,0%	42,4%	n.s.
	<i>Anderes</i>	5,9%	0,0%	0,0%	n.s.

Die meisten deutschen Buben geben an, die Information über die Verhütungsmethoden von der Schule (48%), dem Sexualkundeunterricht (49%) und von Freunden (48%) bekommen zu haben. Auch Fernsehen/Video (37%), Zeitschriften/Bücher (31%) und die Mutter (32%) wurden als Informationsquellen genannt. 66,7% der italienischen Buben gaben die Eltern und Freunde und die meisten Ladinier (73,3%) gaben die Schule, Freunde und Fernsehen/Video als Informationsquellen an.

Auch die deutschen Mädchen gaben die Schule (59,3%), den Sexualkundeunterricht (52,5%) und Freunde (47,5%) als die häufigsten Informationsquellen zu den Verhütungsmethoden an. Für die Hälfte der Italienerinnen sind die Schule, die Mutter und Freunde die meist angegebene Informationsquellen. 81,8% der Ladinierinnen gaben die Schule als Informationsquelle an, an zweiter Stelle kommt der Sexualkundeunterricht und die Freunde (54,5%), dann erst die Mutter (45,5%) und Zeitschriften/Bücher (42,4%).

**Tab. 45:** Informationsquellen zu den Verhütungsmethoden (12. Schulstufe)

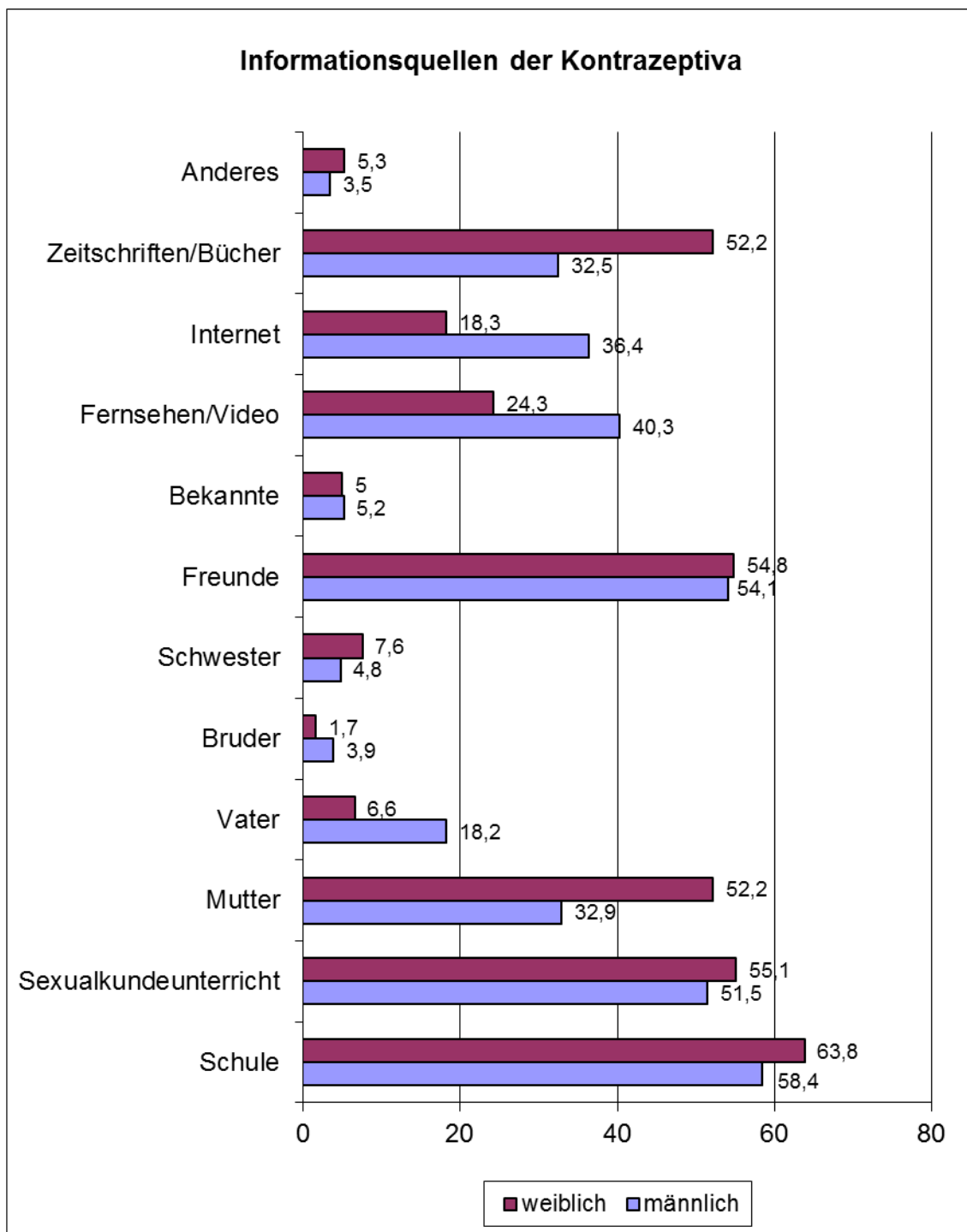
		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>12. Ss - W</b>	<i>Schule</i>	70,7%	0,0%	63,6%	n.s.
	<i>Sexualkundeunterricht</i>	55,4%	0,0%	63,6%	n.s.
	<i>Mutter</i>	26,1%	66,7%	63,6%	p = 0,026
	<i>Vater</i>	16,3%	33,3%	27,3%	n.s.
	<i>Bruder</i>	22,0%	0,0%	18,3%	n.s.
	<i>Schwester</i>	3,3%	0,0%	0,0%	n.s.
	<i>Freunde</i>	51,1%	100,0%	90,9%	p = 0,033
	<i>Bekannte</i>	4,3%	33,3%	0,0%	n.s.
	<i>Fernsehen/Video</i>	39,1%	33,3%	36,4%	n.s.
	<i>Internet</i>	51,1%	33,3%	18,2%	n.s.
	<i>Zeitschriften/Bücher</i>	34,8%	33,3%	9,1%	n.s.
	<i>Anderes</i>	3,3%	0,0%	0,0%	n.s.
<b>12. Ss - M</b>	<i>Schule</i>	66,4%	33,3%	68,0%	n.s.
	<i>Sexualkundeunterricht</i>	62,6%	66,7%	40,0%	n.s.
	<i>Mutter</i>	58,9%	66,7%	60,0%	n.s.
	<i>Vater</i>	8,4%	33,3%	0,0%	n.s.
	<i>Bruder</i>	0,9%	0,0%	0,0%	n.s.
	<i>Schwester</i>	3,7%	0,0%	8,0%	n.s.
	<i>Freunde</i>	58,9%	33,3%	60,0%	n.s.
	<i>Bekannte</i>	5,6%	0,0%	8,0%	n.s.
	<i>Fernsehen/Video</i>	29,0%	0,0%	16,0%	n.s.
	<i>Internet</i>	25,2%	0,0%	36,0%	n.s.
	<i>Zeitschriften/Bücher</i>	54,2%	33,3%	60,0%	n.s.
	<i>Anderes</i>	7,5%	0,0%	4,0%	n.s.

In der 12. Schulstufe haben 70,7% der deutschen Jungen die Schule, 55,4% den Sexualkundeunterricht, 51,1% Freunde und das Internet sowie 34,8% Zeitschriften/Bücher als Informationsquellen angegeben. Für alle italienischen Jungen stehen die Freunde als erste Informationsquelle. 66,7% haben auch ihre Mutter als Informationsquelle für Verhütungsmittel angegeben. Die meisten Ladinier (90,9%) gaben die Freunde als erste Informationsquelle an. 63,6% der Ladinier haben ihre Informationen von der Schule, dem Sexualkundeunterricht und ihrer Mutter.

66,4% der deutschen Mädchen haben die Schule als Informationsquelle angegeben. 62,6% haben ihre Informationen aus dem Sexualkundeunterricht, 58,9% von ihrer Mutter bzw. von Freunden und 54,2% von Zeitschriften und Büchern. Alle Italienerinnen gaben die Freunde und 66,7% gaben den Sexualkundeunterricht und ihre Mutter als Informationsquellen an. 68% der ladinischen Mädchen haben die Schule und 60% ihre Mutter, Freunde und Zeitschriften und Bücher als Informationsquelle angegeben.



**Abb. 33:** Grafische Darstellung der Informationsquellen zu den Verhütungsmethoden



Wie aus Abbildung 33 ersichtlich, haben beide Geschlechter die Schule als primäre Informationsquelle genannt, gefolgt von den Freunden und dem Sexualkundeunterricht.

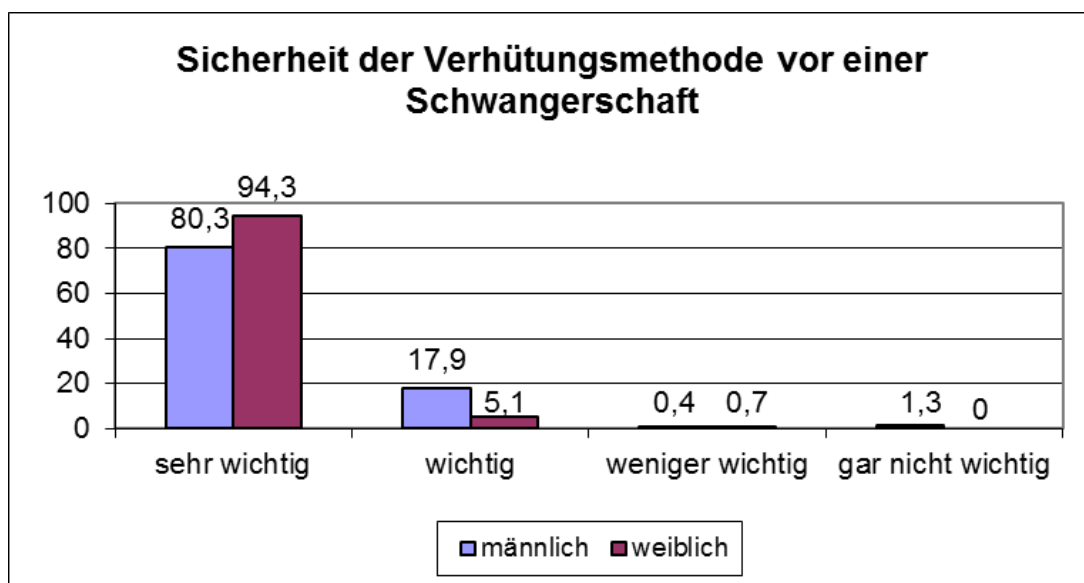
### 5.7.7 Wichtigkeit des Schutzes vor einer Schwangerschaft

**Tab. 46:** Sicherheit der verwendeten Verhütungsmethode

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>sehr wichtig</i>	74,2%	85,7%	80%	n.s.
	<i>wichtig</i>	24,7%	14,3%	13,3%	
	<i>gar nicht wichtig</i>	1%	0%	6,7%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>sehr wichtig</i>	92,2%	100%	93,9%	n.s.
	<i>wichtig</i>	7,8%	0%	3%	
	<i>weniger wichtig</i>	0%	0%	3%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>sehr wichtig</i>	86%	100%	72,7%	n.s.
	<i>wichtig</i>	11,8%	0%	27,3%	
	<i>weniger wichtig</i>	1,1%	0%	0%	
	<i>gar nicht wichtig</i>	1,1%	0%	0%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>sehr wichtig</i>	99,1%	100%	84%	p = 0,010
	<i>wichtig</i>	0,9%	0%	12%	
	<i>weniger wichtig</i>	0%	0%	4%	

Wie aus Tabelle 45 und Abbildung 34 ersichtlich, ist es für die meisten männlichen und weiblichen Befragten jeder Amtssprache und beider Schulstufen sehr wichtig, dass die von ihnen verwendete Methode einen sicheren Schutz vor einer Schwangerschaft bietet. Nur für einen geringen Anteil der Probanden und Probandinnen ist es weniger bis gar nicht wichtig, ob die Verhütungsmethode sie sicher vor einer Schwangerschaft schützt oder nicht.

**Abb. 34:** Grafische Darstellung zur Sicherheit der verwendeten Verhütungsmethode



## 5.8 Geschlechtsverkehr

### 5.8.1 Das erste Mal

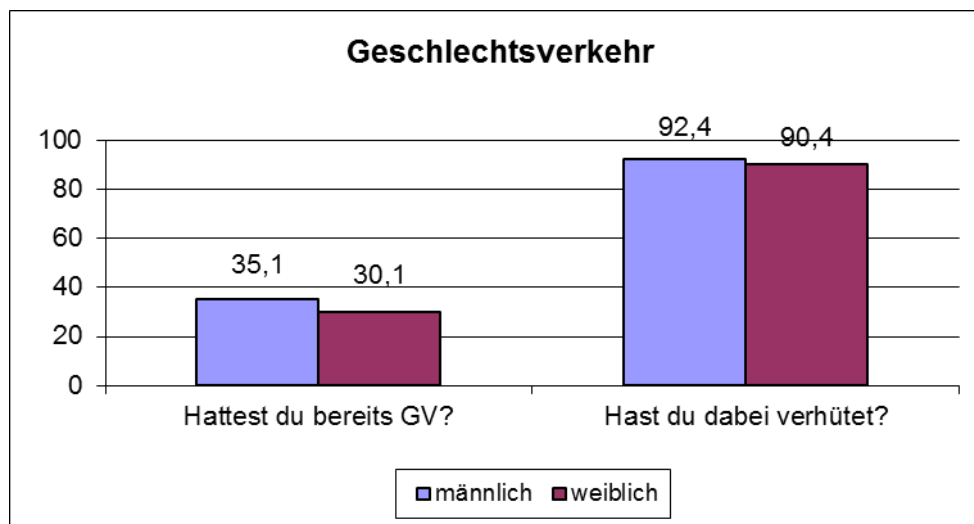
Zum Zeitpunkt der Umfrage haben 22% der deutschen, 42,9% der italienischen und 7,1% der ladinischen Jungen der 9. Schulstufe angegeben, dass sie bereits Geschlechtsverkehr hatten. Von den Mädchen der gleichen Schulstufe haben nur 12% der deutschen und 6,1% der ladinischen angegeben, bereits Koituserfahrungen gemacht zu haben.

**Tab. 47:** Angabe der Probanden, die bereits Geschlechtsverkehr hatten

	Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	22%	42,9%	7,1%	n.s.
<b>9. Ss - W</b>	12,0%	0,0%	6,1%	p = 0,025
<b>12. Ss - M</b>	45,1%	100%	70%	n.s.
<b>12. Ss - W</b>	58,9%	0%	30,8%	p = 0,007

In der 12. Schulstufe gaben wesentlich mehr an, bereits sexuelle Erfahrungen gemacht zu haben. Allerdings ist auch hier ein großer Unterschied zwischen den verschiedenen Sprachgruppen deutlich: 70% der ladinischen und alle italienischen aber nur 45,1% der deutschen Jungen haben angegeben, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Auch 58,9% der deutschen und 30,8% der ladinischen Mädchen haben angeführt, dass sie schon mit jemandem Koituserfahrung gehabt haben.

**Abb. 35:** Grafische Darstellung zum ersten Geschlechtsverkehr



### 5.8.2 Verhütung beim ersten Mal

Wie in Abbildung 35 ersichtlich, haben 92,4% der Jungen und 90,4% derer, die bereits Geschlechtsverkehr hatten, bei ihrem ersten Mal verhütet. In der 9. Schulstufe haben 95,5% der deutschen und 67% der italienischen Jungen angegeben, bei ihrem ersten Mal verhütet zu haben. Die deutschen Mädchen der gleichen Schulstufe haben zu 72,2% verhütet. Im Gegensatz dazu haben alle Jungen und Mädchen der 9. Schulstufe bei ihrem ersten Mal verhütet.

**Tab. 48:** Verwendung von Verhütungsmitteln beim ersten Mal

	Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	95,5%	67%	100%	n.s.
<b>9. Ss - W</b>	72,2%	0%	100%	n.s.
<b>12. Ss - M</b>	95%	100%	85,7%	n.s.
<b>12. Ss - W</b>	98,4%		75%	p = 0,002

Die männlichen Befragten der 12. Schulstufe haben zu 95% (Deutsche), zu 100% (Italiener) und 85,7% (Ladiner) verhütet. Von den deutschen Mädchen haben 98,4% und von den ladinischen Mädchen der gleichen Schulstufe haben 75% beim ersten Mal verhütet.

**Tab. 49:** Verwendete Verhütungsmittel beim ersten Mal

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	Kondom	15,8%	25,0%	0,0%	n.s.
	Kondom und Pille	3,0%	0,0%	0,0%	
<b>9. Ss - W</b>	Kondom	8,5%	0,0%	6,1%	n.s.
	Kondom und Pille	1,7%	0,0%	0,0%	
<b>12. Ss - M</b>	Kondom	34,0%	100,0%	54,5%	n.s.
	Kondom und Pille	4,3%	0,0%	0,0%	
	Pille	2,1%	0,0%	0,0%	
<b>12. Ss - W</b>	Kondom	37,4%	0,0%	15,4%	n.s.
	Kondom und Pille	13,1%	0,0%	3,8%	
	Pille	5,6%	0,0%	3,8%	

Das am häufigsten verwendete Verhütungsmittel bei beiden Geschlechtern beider Schulstufen ist das Kondom. In der 9. Schulstufe haben 15,8% der deutschen und 25% der italienischen Jungen bzw. 8,5% der deutschen und 6,1% der ladinischen Mädchen angegeben, bei ihrem ersten Mal diese Verhütungsmethode verwendet zu

haben. 3% der deutschen Jungen und 1,7% der deutschen Mädchen haben hingegen angegeben, mit Kondom und Pille verhütet zu haben.

Auch in der 12. Schulstufe haben 34% der deutschen, alle italienischen und 54,5% der ladinischen Jungen sowie 37,4% der deutschen und 15,4% der ladinischen Mädchen auf das Kondom zurückgegriffen. 4,3% der deutschen Jungen sowie 13,1% der deutschen und 3,8% der ladinischen Mädchen haben angegeben, bei ihrem ersten Mal mit Kondom und Pille verhütet zu haben. Zudem haben in dieser Schulstufe auch 2,1% der deutschen Buben bzw. 5,6% der deutschen und 3,8% der ladinischen Mädchen angegeben, die Hormonpille als Verhütungsmethode verwendet zu haben.

### 5.8.3 Alter der Befragten beim ersten Mal

**Tab. 50:** Angabe des Alters der Probanden bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr

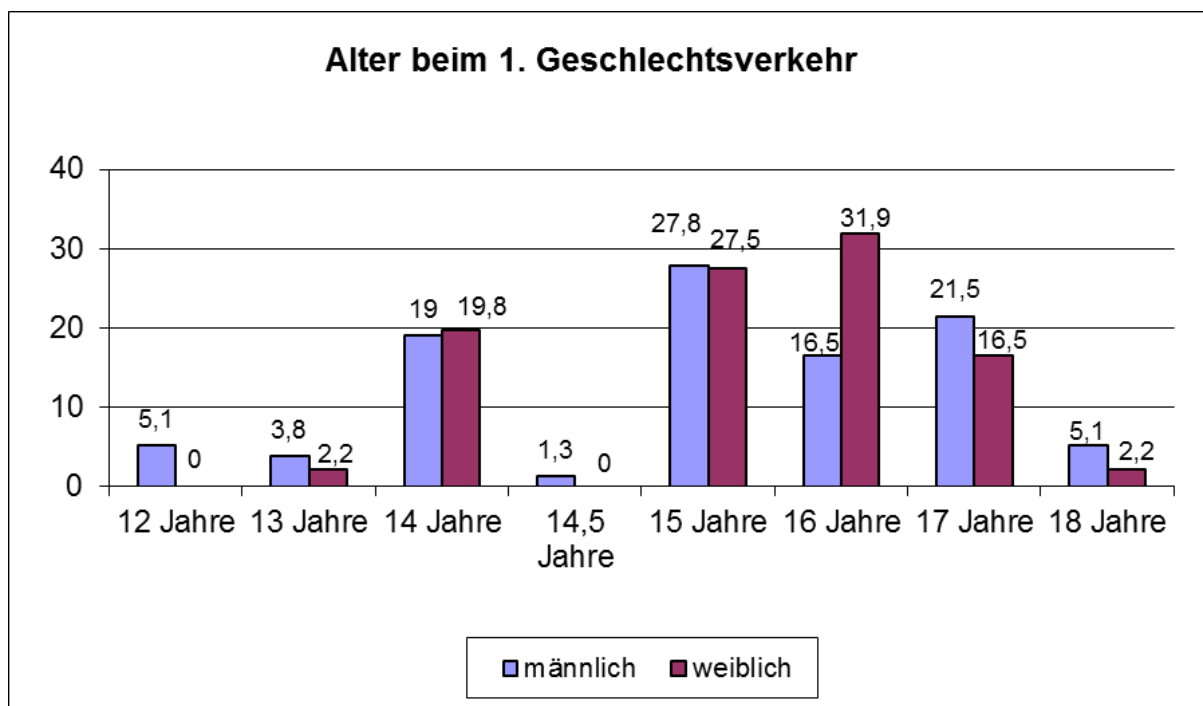
		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	12 Jahre	9,1%	0%	100%	n.s.
	13 Jahre	9,1%	0%	0%	
	14 Jahre	45,5%	50%	0%	
	15 Jahre	36,4%	50%	0%	
<b>9. Ss - W</b>	13 Jahre	6,7%	0%	0%	n.s.
	14 Jahre	60%	0%	100%	
	15 Jahre	33%	0%	0%	
<b>12. Ss - M</b>	12 Jahre	2,4%	0%	0%	p = 0,011
	13 Jahre	0%	33,3%	0%	
	14 Jahre	2,4%	0%	28,6%	
	15 Jahre	29,3%	0%	14,3%	
	16 Jahre	22,0%	33,3%	42,9%	
	17 Jahre	36,6%	33,3%	0%	
	18 Jahre	7,3%	0%	14,3%	
<b>12. Ss - W</b>	13 Jahre	1,60%		0%	n.s.
	14 Jahre	9,5%		12,5%	
	15 Jahre	25,4%		37,5%	
	16 Jahre	39,7%		50%	
	17 Jahre	20,6%		0%	
	18 Jahre	3,2%		0%	

Wie aus Tabelle 47 und Abbildung 36 ersichtlich ist, waren 45,5% der deutschen männlichen Probanden bei ihrem Ersten Mal 14 Jahre alt und 36,4% 15 Jahre alt. Von den italienischen Jungen der 9. Schulstufe waren die Hälfte 14 und die andere Hälfte bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr 15 Jahre alt. Der einzige ladinische

Junge, der angegeben hat bereits Koituserfahrungen gemacht zu haben, hat dies scheinbar im Alter von 12 Jahren erlebt. Von den deutschen Mädchen der 9. Schulstufe waren 60% bei ihrem Ersten Mal 14 Jahre alt, 33,3% 15 Jahre alt und 6,7% 13 Jahre alt. Das ladinische Mädchen war 14.

Die meisten männlichen Befragten der 12. Schulstufe, die bereits Koituserfahrungen gehabt haben, waren laut Umfrage zwischen 14 und 17 Jahre alt. Dabei haben 39,7% der Deutschen angegeben, bei ihrem Ersten Mal 16 gewesen zu sein, 25,4% der Befragten waren 15 und 20,6% der Jungen waren 17 Jahre alt. Die Italiener gaben zu je einem Drittel an, bei der Kohabitarche 13, 16 bzw. 17 Jahre alt gewesen zu sein. Hingegen waren 50% der ladinischen Jungen 16 Jahre alt, 37,5% waren 15 und 12,5% waren bei ihrem Ersten Mal 14 Jahre alt.

**Abb. 36:** Grafische Darstellung des Alters der Probanden beim ersten Geschlechtsverkehr



Von 542 Probanden haben 172 Befragte angegeben, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben. Der Altersmittelwert liegt in der 9. Schulstufe bei 14,15 und in der 12. Schulstufe bei 15,85. Im Durchschnitt findet sowohl bei den Jungen als auch bei den Mädchen der erste Geschlechtsverkehr im Alter von 15 Jahren statt.

### 5.8.4 Momentane Verhütung

Abb. 37: Grafische Darstellung zur momentanen Verhütung

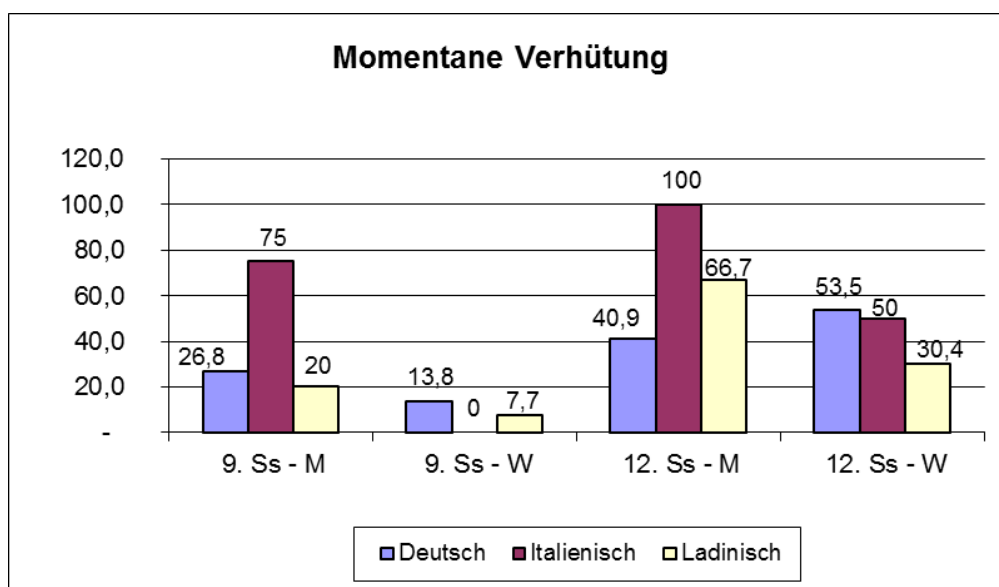


Abbildung 37 zeigt die momentane Verhütung der Befragten zum Zeitpunkt der Umfrage. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Sprachen wurde dabei bei den Mädchen der 9. Schulstufe und den Jungen der 12. Schulstufe festgestellt.

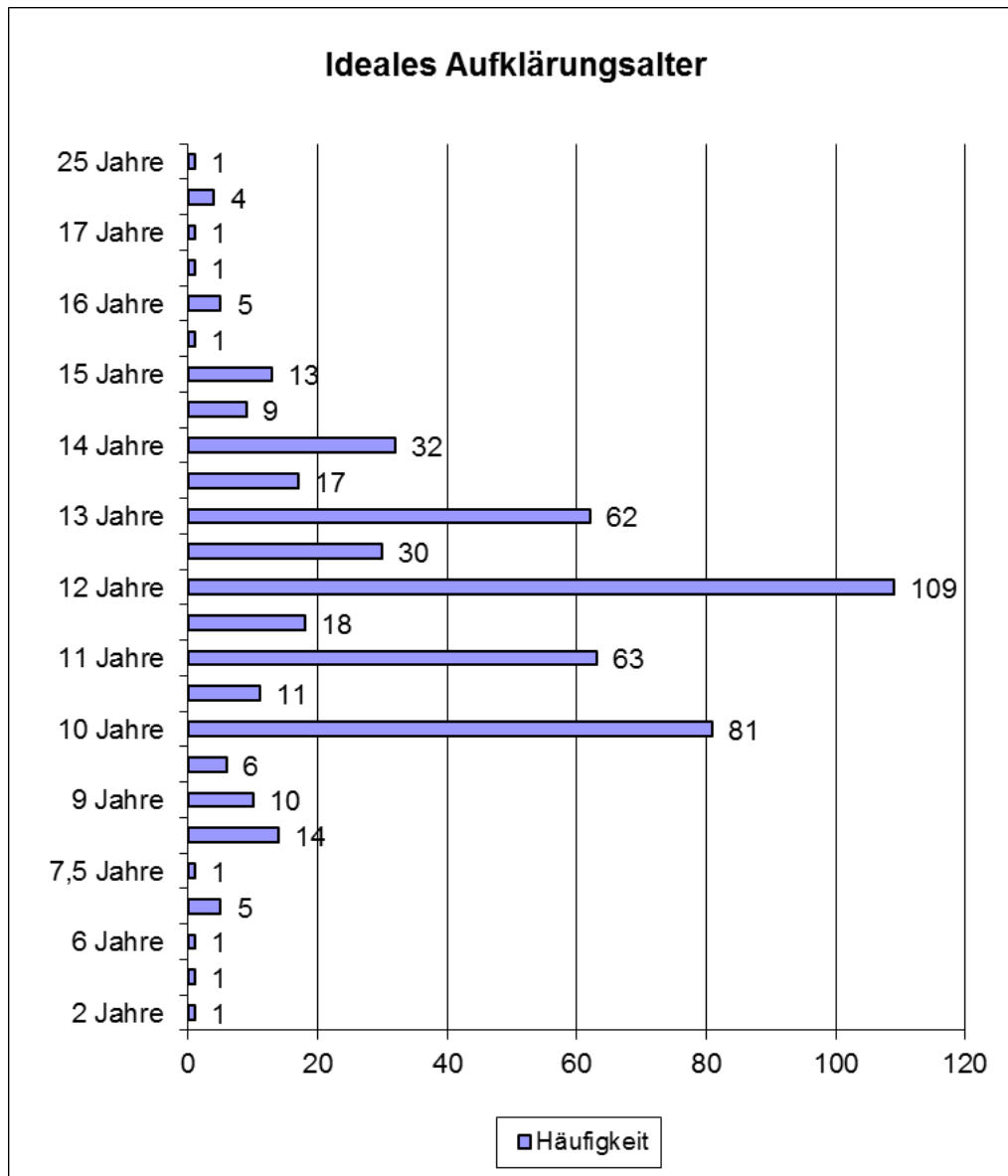
Tab. 51: Methode der momentanen Verhütung

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
9. Ss - M	Kondom	17,8%	37,5%	0,0%	p = 0,048
	Anderes	1,0%	0,0%	6,7%	
9. Ss - W	Kondom	3,4%	0,0%	6,1%	p = 0,000
	Pille	6,8%	0,0%	0,0%	
12. Ss - M	Kondom	23,4%	100,0%	45,5%	n.s.
	Pille	3,2%	0,0%	9,1%	
	Nuva-Ring	1,1%	0,0%	0,0%	
12. Ss - W	Kondom	12,1%	0,0%	11,5%	n.s.
	Pille	34,6%	33,3%	15,4%	
	Nuva-Ring	1,9%	0,0%	0,0%	

In der Tabelle 51 sind die genauen Verhütungsmethoden der Probanden und Probandinnen aufgelistet, die zum Zeitpunkt der Erhebung verwendet wurden. Das am häufigsten verwendete Verhütungsmittel bei den Jungen beider Schulstufen ist das Kondom und bei den meisten Mädchen die Hormonpille.

## 5.9 Aufklärung: wann und von wem soll aufgeklärt werden?

**Abb. 38:** Grafische Darstellung zum Alter, in dem aufgeklärt werden soll



Wie aus Abbildung 38 ersichtlich wurden ganz unterschiedliche Angaben zum idealen Aufklärungsalter gemacht. So hat eine/r der Befragten angegeben, dass man die Kinder bereits im Alter von 2 Jahren aufklären soll, während ein/e andere/r Proband/in der Meinung ist, dass erst ab dem Alter von 25 Jahren aufgeklärt werden soll. Die meisten Befragten (21,8%) glauben, dass 12 Jahre das ideale Aufklärungsalter ist. 16,2% sind der Meinung, dass bereits mit 10 Jahren aufgeklärt werden soll.



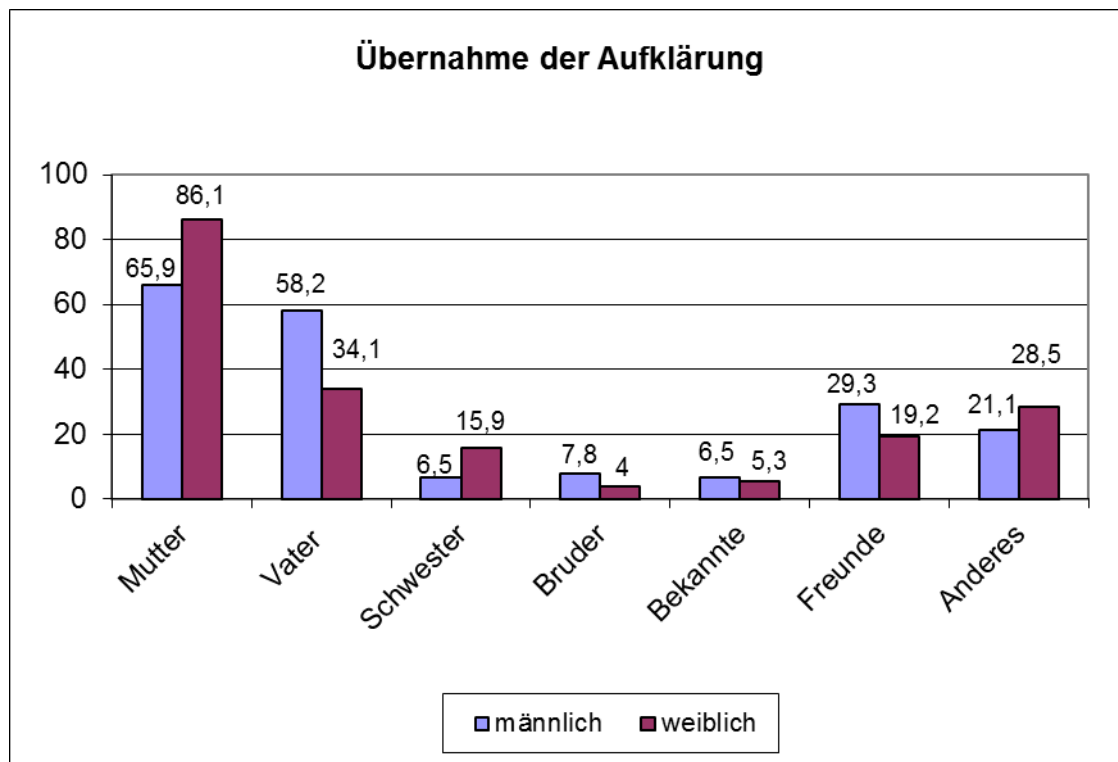
**Tab. 52:** Vorschläge, von wem die Aufklärung übernommen werden soll

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mutter</i>	63,3%	71,4%	40%	n.s.
	<i>Vater</i>	57,6%	85,7%	26,7%	p = 0,020
	<i>Schwester</i>	7,1%	14,3%	6,7%	n.s.
	<i>Bruder</i>	8,1%	14,3%	13,3%	n.s.
	<i>Bekannte</i>	3%	28,6%	0%	p = 0,003
	<i>Freunde</i>	29,3%	14,3%	40%	n.s.
	<i>Anderes</i>	15,3%	14,3%	20%	n.s.
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mutter</i>	82,2%	100%	84,8%	n.s.
	<i>Vater</i>	28,8%	50%	24,2%	n.s.
	<i>Schwester</i>	14,4%	0%	21,2%	n.s.
	<i>Bruder</i>	2,5%	0%	6,1%	n.s.
	<i>Bekannte</i>	5,1%	0%	9,1%	n.s.
	<i>Freunde</i>	19,5%	50%	21,2%	n.s.
	<i>Anderes</i>	26,7%	50%	30,3%	n.s.
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mutter</i>	67,7%	66,7%	100%	n.s.
	<i>Vater</i>	60,2%	33,3%	63,6%	n.s.
	<i>Schwester</i>	6,5%	0%	0%	n.s.
	<i>Bruder</i>	6,5%	0%	9,1%	n.s.
	<i>Bekannte</i>	9,7%	0%	9,1%	n.s.
	<i>Freunde</i>	26,9%	66,7%	36,4%	n.s.
	<i>Anderes</i>	31,1%	0%	9%	n.s.
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mutter</i>	86,0%	100%	100%	n.s.
	<i>Vater</i>	43,0%	33,3%	38,5%	n.s.
	<i>Schwester</i>	18,7%	0%	15,4%	n.s.
	<i>Bruder</i>	5,6%	0%	3,8%	n.s.
	<i>Bekannte</i>	5,6%	0%	3,8%	n.s.
	<i>Freunde</i>	18,7%	0%	11,5%	n.s.
	<i>Anderes</i>	29,5%	33,3%	26,9%	n.s.

Wie in Tabelle 52 gezeigt wird, ist die Mehrheit der Befragten beider Geschlechter der Meinung, dass die Aufklärung von der eigenen Mutter übernommen werden soll (Ausnahme: 85,7% der Jungen der 9. Schulstufe haben ihren Vater als primäre Aufklärungsperson angegeben). An zweiter Stelle haben die meisten den Vater und an dritter Stelle die Freunde angegeben.

Bei Anderes wurde von den Befragten unter anderem folgendes angeführt: Experten, Sexualkundeunterricht, Bücher, in der Schule in Biologie, Zeitschriften oder Internet. Einige der Probanden sind der Meinung, dass die Aufklärung auf die Person abgestimmt sein sollte: die Mädchen sollten daher von einer Frau bzw. die Jungen von einem Mann aufgeklärt werden. Eine andere Befragte ist der Meinung, dass es nicht wichtig sei, von wem aufgeklärt wird, sondern viel wichtiger ist, dass es gut erklärt wird.

**Abb. 39:** Grafische Darstellung zur Übernahme der Aufklärung



Wie aus Abbildung 39 ersichtlich wurde die Mutter von der Mehrheit beider Geschlechter als primäre Aufklärungsperson genannt, gefolgt vom Vater und an dritter Stelle von den Freunden.

## 5.10 Wissenswertes über die Frau

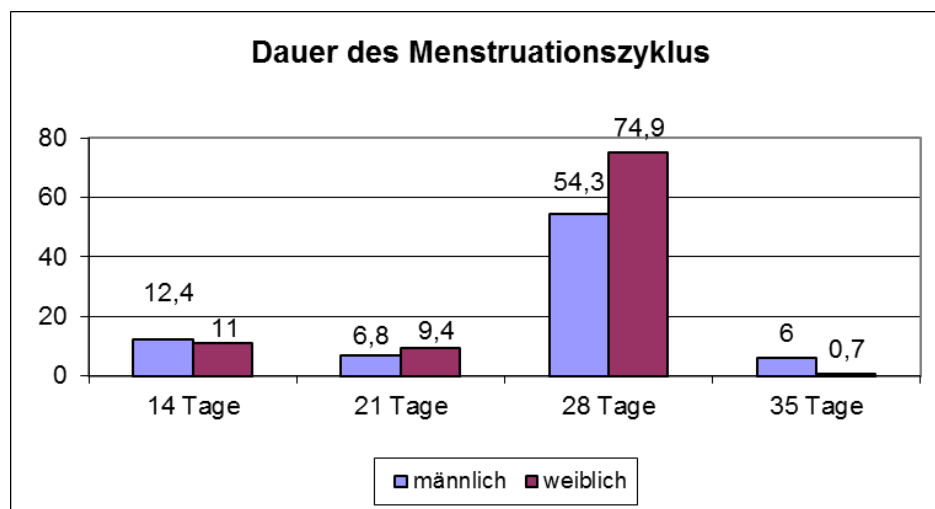
### 5.10.1 Dauer des Menstruationszykluses

**Tab. 53:** Dauer des Menstruationszyklus der Frau

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	14 Tage	17%	50%	6,7%	n.s.
	21 Tage	11%	0%	6,7%	
	28 Tage	41%	25%	40%	
	35 Tage	7%	12,5%	0%	
	ich weiß es nicht	23%	12,5%	46,7%	
<b>9. Ss - W</b>	14 Tage	11,3%	50%	27,3%	n.s.
	21 Tage	13%	0%	3%	
	28 Tage	67%	50%	63,6%	
	35 Tage	0	0%	3%	
	ich weiß es nicht	8,7%	0%	3%	
<b>12. Ss - M</b>	14 Tage	6,5%	0%	0%	p = 0,000
	21 Tage	4,3%	0%	0%	
	28 Tage	71%	66,7%	72,7%	
	35 Tage	5,4%	33,3%	0%	
	ich weiß es nicht	12,9%	0%	27,3%	
<b>12. Ss - W</b>	14 Tage	6,5%	0%	0%	n.s.
	21 Tage	7,5%	0%	11,5%	
	28 Tage	86%	100%	84,6%	
	35 Tage	0%	0%	3,8%	

Wie aus Tabelle 53 und Abbildung 40 ersichtlich ist, haben die meisten Befragten der 9. Schulstufe (Ausnahmen: die Hälfte der italienischen Buben hat 14 Tage angegeben und 46,7% der Ladinier haben angegeben, die Antwort auf diese Frage nicht zu wissen) und der 12. Schulstufe angegeben, dass die Dauer des Menstruationszyklus der Frau 28 Tage beträgt.

**Abb. 40:** Grafische Darstellung zur Dauer des Menstruationszyklus



### 5.10.2 Wann im Zyklus kann eine Frau schwanger werden?

Tab. 54: Zeitpunkt der Fruchtbarkeit der Frau

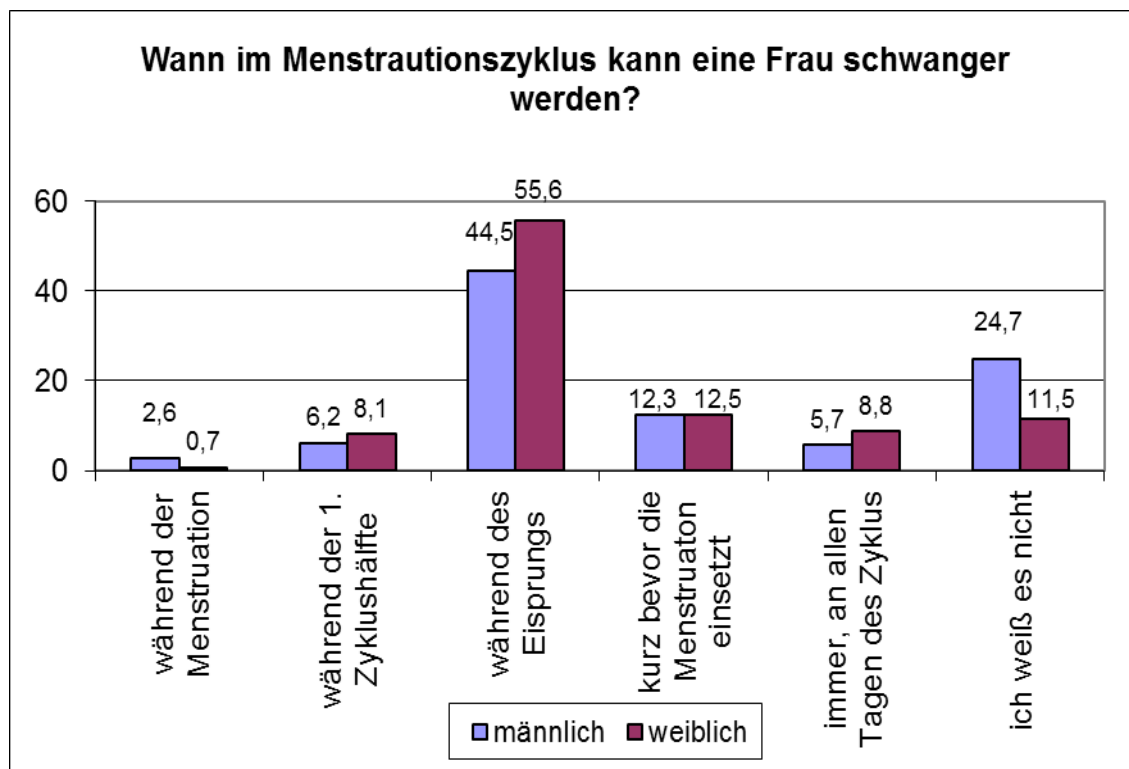
		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Relevanz
<b>9. Ss - M</b>	während der Menstruation	0%	0%	14,3%	p = 0,000
	während der 1. Zyklushälfte	3,1%	14,3%	0%	
	während des Eisprungs	53,1%	28,6%	21,4%	
	kurz bevor die Menstruation einsetzt	10,2%	0%	0%	
	immer, an allen Tagen des Zyklus	2%	28,6%	14,3%	
	ich weiß es nicht	27,6%	28,6%	50%	
<b>9. Ss - W</b>	während der Menstruation	1,7%	0%	0%	p = 0,012
	während der 1. Zyklushälfte	10,3%	0%	9,7%	
	während des Eisprungs	52,6%	75%	25,8%	
	kurz bevor die Menstruation einsetzt	16,4%	25%	16,1%	
	immer, an allen Tagen des Zyklus	2,6%	0%	12,9%	
	ich weiß es nicht	14,7%	0%	32,3%	
<b>12. Ss - M</b>	während der Menstruation	4,4%	0%	0%	n.s.
	während der 1. Zyklushälfte	10%	0%	9,1%	
	während des Eisprungs	43,3%	33,3%	27,3%	
	kurz bevor die Menstruation einsetzt	15,6%	66,7%	18,2%	
	immer, an allen Tagen des Zyklus	6,7%	0%	9,1%	
	ich weiß es nicht	15,6%	0%	27,3%	
<b>12. Ss - W</b>	während der Menstruation	0%	0%	0%	p = 0,006
	während der 1. Zyklushälfte	6,7%	0%	7,7%	
	während des Eisprungs	65,4%	33,3%	69,2%	
	kurz bevor die Menstruation einsetzt	4,8%	66,7%	0%	
	immer, an allen Tagen des Zyklus	13,5%	0%	15,4%	
	ich weiß es nicht	5,8%	0%	3,8%	

Die Frage nach der Empfängnisbereitschaft der Frau wurde sehr unterschiedlich beantwortet. In der 9. Schulstufe haben 53,1% der deutschen, 28,6% der italienischen und 21,4% der ladinischen Schüler bzw. 52,6% der deutschen, 75% der italienischen und 25,8% der ladinischen Schülerinnen die Frage richtig beantwortet (während des Eisprungs).

In der 12. Schulstufe wurde diese Frage von 43,3% der deutschen, 33,3% der italienischen und 27,3% der ladinischen Schüler bzw. von 65,4% der deutschen, 33,3% der italienischen und 69,2% der ladinischen Schülerinnen richtig beantwortet.

Die Abbildung 41 auf der nächsten Seite zeigt, dass die Mehrheit der Jungen und Mädchen gewusst haben, dass eine Frau während ihres Eisprunges schwanger werden kann. 24,7% der Jungen und 11,5% der Mädchen haben angegeben, die Antwort auf diese Frage nicht zu wissen.

**Abb. 41:** Grafische Darstellung zum Zeitpunkt der Fruchtbarkeit der Frau



### **5.10.3 Kann eine Frau während ihrer Menstruationsphase schwanger werden?**

Bei dieser Frage konnten die Probanden und Probandinnen zwischen folgenden fünf Antwortmöglichkeiten auswählen, wobei mehrere Antworten angekreuzt werden konnten:

- Nein, absolut nicht
- Nein, wenn sie verhütet nicht
- Ja, wenn ihr Zyklus unregelmäßig ist
- Ja, weil die Spermien im Körper der Frau einige Tage überleben können
- Ich weiß es nicht

Um die Frage richtig zu beantworten, hätte man die mittleren drei Antwortmöglichkeiten ankreuzen müssen.

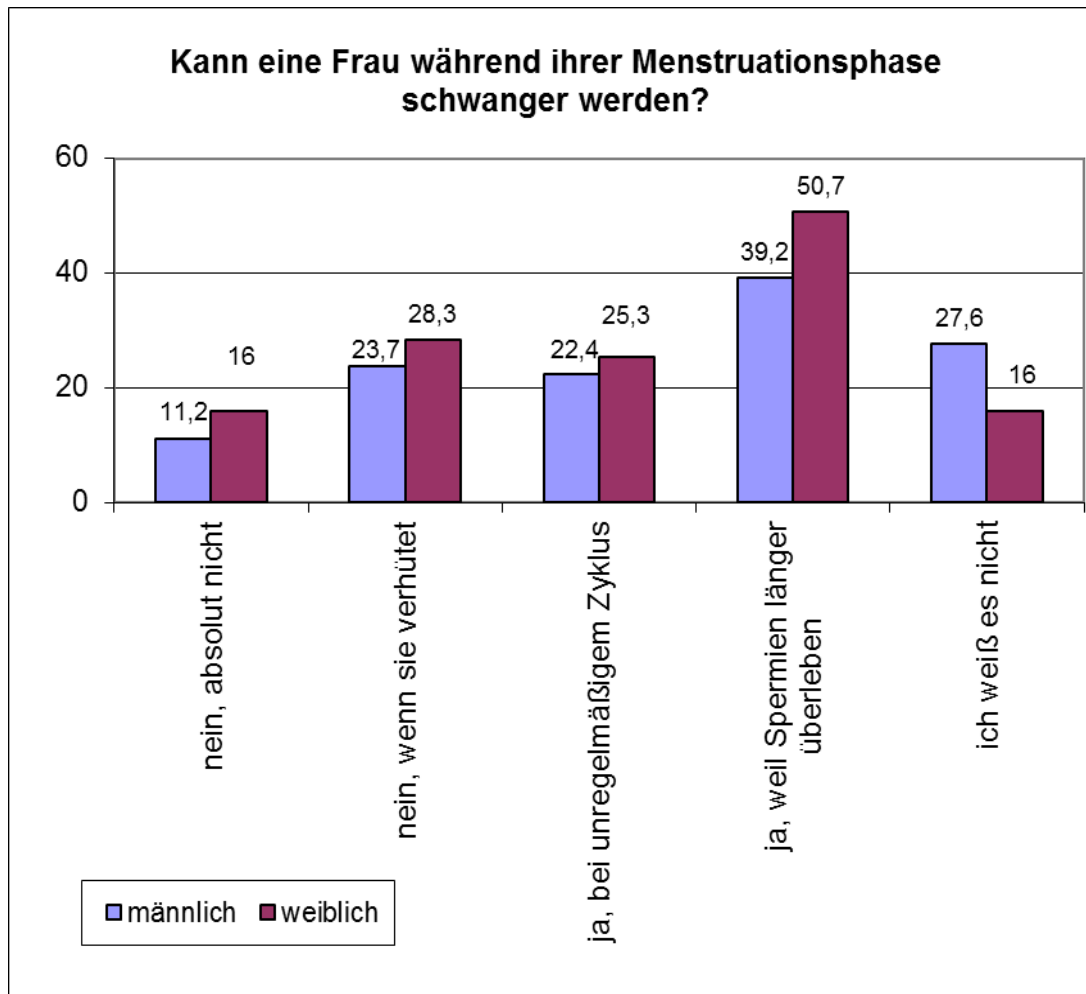
**Tab. 55:** Kann eine Frau während ihrer Menstruationsphase schwanger werden?

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	nein, absolut nicht	10,1%	12,5%	7,1%	n.s.
	nein, wenn sie verhütet	27,3%	25%	14,3%	n.s.
	ja, bei unregelmäßigem Zyklus	13,1%	25%	21,4%	n.s.
	ja, weil Spermien länger überleben	35,4%	38%	21,4%	n.s.
	ich weiß es nicht	33,3%	38%	57,1%	n.s.
<b>9. Ss - W</b>	nein, absolut nicht	12,8%	25%	40,6%	p = 0,005
	nein, wenn sie verhütet	28,2%	50%	15,6%	n.s.
	ja, bei unregelmäßigem Zyklus	14,5%	0%	12,5%	n.s.
	ja, weil Spermien länger überleben	49,6%	25%	25%	p = 0,046
	ich weiß es nicht	25,6%	25%	21,9%	n.s.
<b>12. Ss - M</b>	nein, absolut nicht	12,8%	0%	10%	n.s.
	nein, wenn sie verhütet	22,3%	0%	30%	n.s.
	ja, bei unregelmäßigem Zyklus	30,9%	100%	20%	p = 0,044
	ja, weil Spermien länger überleben	45,7%	100%	40%	n.s.
	ich weiß es nicht	16%	0%	20%	n.s.
<b>12. Ss - W</b>	nein, absolut nicht	10%	33%	23%	n.s.
	nein, wenn sie verhütet	34,6%	0%	26,9%	n.s.
	ja, bei unregelmäßigem Zyklus	43%	0%	23%	n.s.
	ja, weil Spermien länger überleben	59%	33%	46%	n.s.
	ich weiß es nicht	7%	33%	4%	p < 0,016

In der Tabelle 55 werden die Antworten der Befragten auf diese Frage dargestellt. Die meisten männlichen und weiblichen Probanden der Schulstufe 9 haben angegeben, dass die Frau während ihrer Periode schwanger werden kann, weil die Spermien in ihrem Körper länger überleben können, und wenn ihr Menstruationszyklus unregelmäßig ist. Nur bei den ladinischen Mädchen ist 40,6% der Meinung, dass es absolut nicht möglich ist, dass eine Frau während ihrer Menstruationsphase schwanger werden kann. Mehr als die Hälfte der ladinischen Jungen hat angegeben, die Antwort auf diese Frage nicht zu wissen.

In der 12. Schulstufe hat ebenfalls die Mehrheit der Befragten beider Geschlechter und aller drei Amtssprachen angegeben, dass die Frau während ihrer Periode schwanger werden kann, weil die Spermien länger in ihrem Körper überleben können.

**Abb. 42:** Grafische Darstellung zur Frage, ob eine Frau während ihrer Menstruationsphase schwanger werden kann



Wie aus Abbildung 42 ersichtlich, hat die Mehrheit aller männlichen und weiblichen Probanden diese Frage richtig beantwortet indem sie angegeben haben, dass eine Frau während ihrer Menstruationsphase schwanger werden kann, wenn ihr Zyklus unregelmäßig ist und weil die Spermien in ihrem Körper länger überleben bzw. dass sie, wenn sie verhütet, nicht schwanger werden kann.

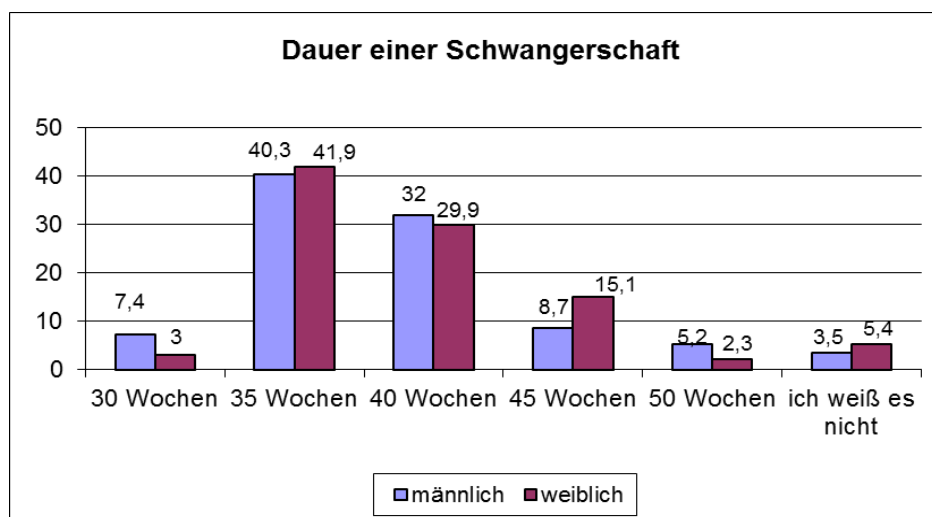
### 5.10.4 Dauer einer Schwangerschaft

Tab. 56: Dauer einer Schwangerschaft

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	30 Wochen	10,1%	12,5%	7,1%	p = 0,001
	35 Wochen	37,4%	37,5%	0%	
	40 Wochen	26,3%	25%	28,6%	
	45 Wochen	12,1%	0%	21,4%	
	50 Wochen	9,1%	0%	0%	
	ungültige Antwort	4%	12,5%	14,3%	
	ich weiß es nicht	1%	12,5%	28,6%	
<b>9. Ss - W</b>	30 Wochen	3,4%	0%	0%	n.s.
	35 Wochen	35%	33,3%	48,5%	
	40 Wochen	29,9%	0%	15,2%	
	45 Wochen	17,9%	0%	21,2%	
	50 Wochen	3,4%	33,3%	0%	
	ungültige Antwort	2,6%	0%	0%	
	ich weiß es nicht	7,7%	33,3%	15,2%	
<b>12. Ss - M</b>	30 Wochen	2,2%	0%	27,3%	n.s.
	35 Wochen	46,7%	100%	27,3%	
	40 Wochen	42,4%	0%	27,3%	
	45 Wochen	4,3%	0%	9,1%	
	50 Wochen	3,3%	0%	0%	
	ich weiß es nicht	1,1%	0%	9,1%	
<b>12. Ss - W</b>	30 Wochen	3,8%	0%	3,8%	p = 0,009
	35 Wochen	43,8%	0%	53,8%	
	40 Wochen	38,1%	100%	15,4%	
	45 Wochen	11,4%	0%	11,5%	
	50 Wochen	1,9%	0%	0%	
	ich weiß es nicht	0%	0%	15,4%	
	ungültige Antwort	1%	0%	0%	

Wie aus Tabelle 56 und Abbildung 43 ersichtlich, hat die Mehrheit der weiblichen und männlichen Probanden angegeben, dass eine Schwangerschaft 35 Wochen dauert, erst an zweiter Stelle kommt die richtige Antwort, nämlich 40 Wochen.

Abb. 43: Grafische Darstellung zur Dauer einer Schwangerschaft





### 5.10.5 Fruchtbarkeit der Frau

**Tab. 57:** Zeitpunkt des Eisprungs

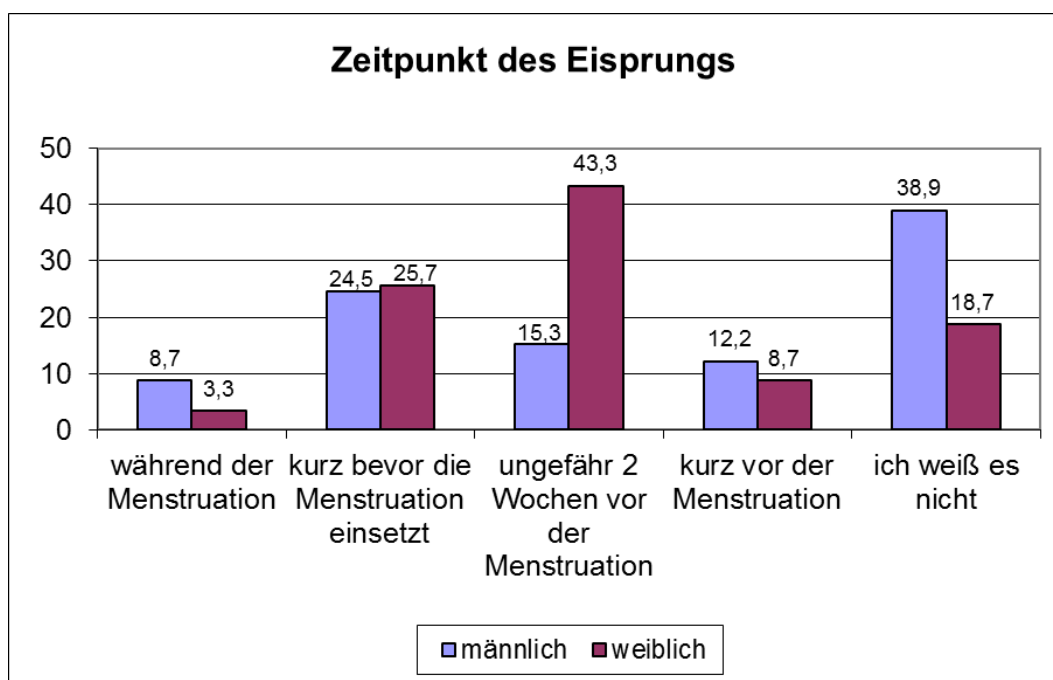
		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	während der Menstruation	12,4%	0%	14,3%	n.s.
	kurz bevor die Menstruation einsetzt	23,7%	14,3%	7,1%	
	ungefähr 2 Wochen vor der Menstruation	10,3%	0%	7,1%	
	kurz vor der Menstruation	16,5%	14,3%	0%	
	ungültige Antwort	1%	0%	0%	
	ich weiß es nicht	36,1%	71,4%	71,4%	
<b>9. Ss - W</b>	während der Menstruation	3,4%	0%	3%	p = 0,000
	kurz bevor die Menstruation einsetzt	28,4%	25%	33,3%	
	ungefähr 2 Wochen vor der Menstruation	32,8%	25%	12,1%	
	kurz vor der Menstruation	9,5%	25%	3%	
	ich weiß es nicht	25,9%	25%	48,5%	
<b>12. Ss - M</b>	während der Menstruation	4,3%	0%	10%	n.s.
	kurz bevor die Menstruation einsetzt	29,8%	0%	30%	
	ungefähr 2 Wochen vor der Menstruation	21,3%	66,7%	0%	
	kurz vor der Menstruation	11,7%	0%	0%	
	ich weiß es nicht	33%	33,3%	60%	
<b>12. Ss - W</b>	während der Menstruation	1,9%	33,3%	0%	n.s.
	kurz bevor die Menstruation einsetzt	21,5%	33,3%	23,1%	
	ungefähr 2 Wochen vor der Menstruation	61,7%	33,3%	57,7%	
	kurz vor der Menstruation	8,4%	0%	15,4%	
	ungültige Antwort	0,9%	0%	0%	
	ich weiß es nicht	5,6%	0%	3,8%	

Die meisten Buben (36,1% der deutschen und je 71,4% der italienischen und ladinischen) und auch einige Mädchen (25,9% der deutschen, 25% der italienischen und 48,5% der ladinischen) der 9. Schulstufe haben angegeben, die Antwort auf diese Frage nicht zu wissen. Nur 10,3% der deutschen und 7,1% der ladinischen Buben haben die richtige Antwort gewusst. Von den Mädchen der 9. Schulstufe haben 32,8% der deutschen, 25% der italienischen und 12,1% der ladinischen gewusst, dass der Eisprung ungefähr zwei Wochen vor der Menstruation stattfindet.

In der 12. Schulstufe haben 21,3% der deutschen und 66,7% der italienischen Jungen bzw. 61,7% der deutschen, 33,3% der italienischen und 57,7% der ladinischen Mädchen gewusst, wann der Eisprung stattfindet. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Muttersprachen konnte nur in der 9. Schulstufe bei den Mädchen festgestellt werden.

Die Abbildung 44 auf der nächsten Seite zeigt die Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei der Beantwortung dieser Frage.

**Abb. 44:** Grafische Darstellung zum Zeitpunkt des Eisprunges

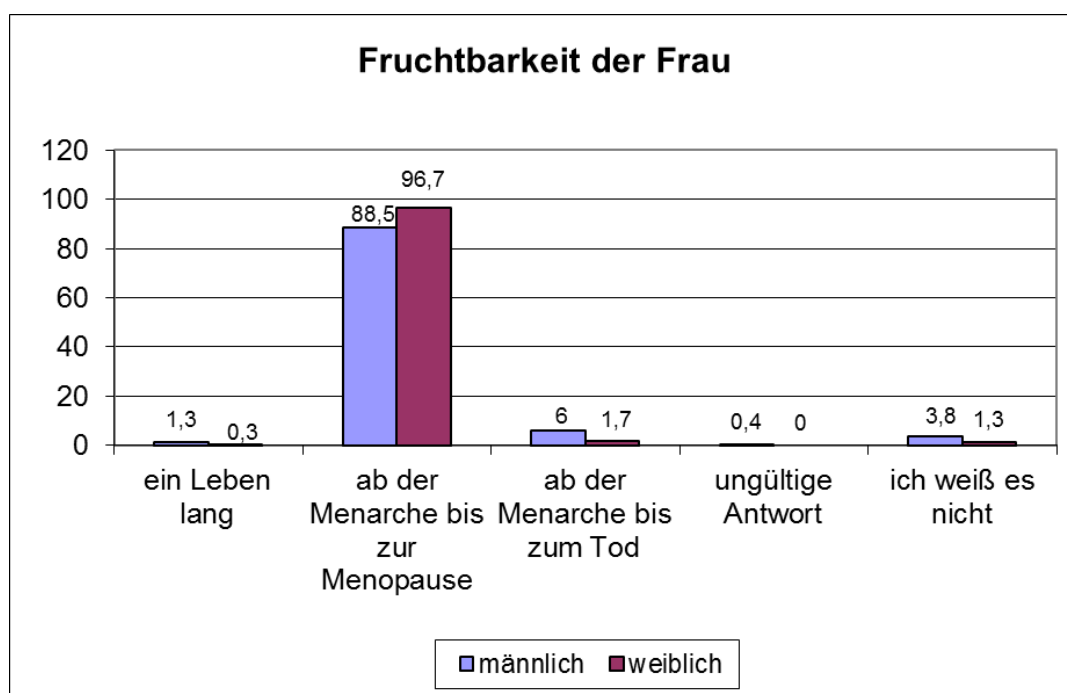


**Tab. 58:** Durchschnittliche Fruchtbarkeit der Frau

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	ein Leben lang	2%	0%	0%	n.s.
	ab der Menarche bis zur Menopause	83,2%	75%	80%	
	ab der Menarche bis zum Tod	9,9%	12,5%	13,3%	
	ungültige Antwort	1%	0%	0%	
	ich weiß es nicht	4%	12,5%	6,7%	
<b>9. Ss - W</b>	ein Leben lang	0%	0%	3%	n.s.
	ab der Menarche bis zur Menopause	94,9%	100%	90,9%	
	ab der Menarche bis zum Tod	2,5%	0%	3%	
	ich weiß es nicht	2,5%	0%	3%	
<b>12. Ss - M</b>	ein Leben lang	1,1%	0%	0%	n.s.
	ab der Menarche bis zur Menopause	95,7%	100%	90,9%	
	ab der Menarche bis zum Tod	1,1%	0%	0%	
	ich weiß es nicht	2,1%	0%	9,1%	
<b>12. Ss - W</b>	ab der Menarche bis zur Menopause	99,1%	100%	100%	n.s.
	ab der Menarche bis zum Tod	0,9%	0%	0%	

Wie aus Tabelle 58 und Abbildung 45 gut zu erkennen ist, wurde diese Frage von den meisten Befragten eindeutig richtig beantwortet. In der 12. Schulstufe haben nur 0,9% der deutschen Mädchen bzw. 4,3% der deutschen und 9,1% der ladinischen Buben eine andere Antwort angekreuzt. In der 9. Schulstufe haben einige mehr eine andere Antwortmöglichkeit gewählt, dennoch sind ungefähr 75-80% der Buben und 90-100% der Mädchen aller drei Amtssprachen der Meinung, dass eine Frau von der Menarche bis zur Menopause fruchtbar ist.

**Abb. 45:** Grafische Darstellung zur Dauer der Fruchtbarkeit einer Frau

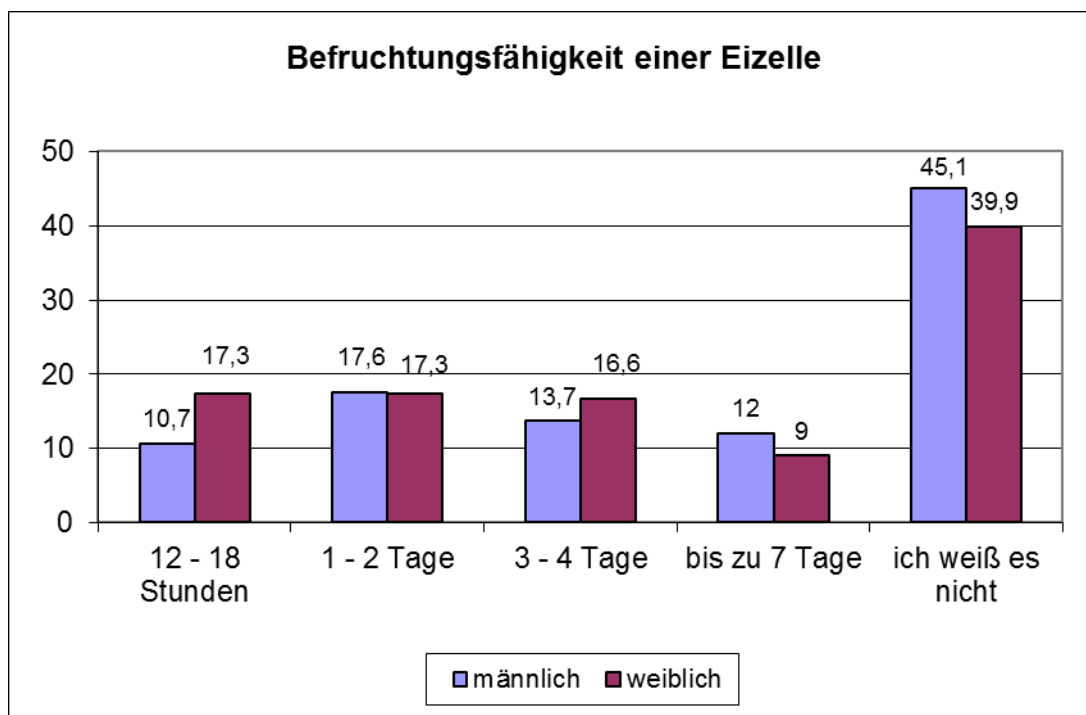


**Tab. 59:** Dauer der Befruchtungsfähigkeit einer Eizelle

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	12 - 18 Stunden	10,9%	12,5%	6,7%	n.s.
	1 - 2 Tage	20,8%	0%	33,3%	
	3 - 4 Tage	12,9%	12,5%	0%	
	bis zu 7 Tage	12,9%	12,5%	13,3%	
	ungültige Antwort	1%	12,5%	0%	
	ich weiß es nicht	41,6%	50%	46,7%	
<b>9. Ss - W</b>	12 - 18 Stunden	14,5%	0%	9,1%	n.s.
	1 - 2 Tage	15,4%	25%	15,2%	
	3 - 4 Tage	17,1%	0%	9,1%	
	bis zu 7 Tage	6,8%	0%	3%	
	ich weiß es nicht	46,2%	75%	64%	
<b>12. Ss - M</b>	12 - 18 Stunden	9,9%	0,0%	18,2%	n.s.
	1 - 2 Tage	14,3%	0,0%	9,1%	
	3 - 4 Tage	18,7%	33,3%	0,0%	
	bis zu 7 Tage	13,2%	0,0%	0,0%	
	ich weiß es nicht	44,0%	66,7%	72,7%	
<b>12. Ss - W</b>	12 - 18 Stunden	21,5%	0%	15,4%	p = 0,014
	1 - 2 Tage	26,2%	0%	0%	
	3 - 4 Tage	18,7%	66,7%	15,4%	
	bis zu 7 Tage	9,3%	0%	19,2%	
	ich weiß es nicht	24,3%	33,3%	50%	

Tabelle 59 und Abbildung 46 zeigen, dass die Mehrheit der Befragten angegeben hat, nicht zu wissen wie lange eine Eizelle befruchtungsfähig ist. In der 9. Schulstufe haben nur 10,9% der deutschen, 12,5% der italienischen und 6,7% der ladinischen Buben bzw. 14,5% der deutschen und 9,1% der ladinischen Mädchen angegeben, dass die Eizelle 12 – 18 Stunden nach dem Eisprung befruchtet werden kann. In der 12. Schulstufe haben 9,9% der deutschen und 18,2% der ladinischen Jungen bzw. 21,5% der deutschen und 15,4% der ladinischen Mädchen die Frage richtig beantwortet.

**Abb. 46:** Grafische Darstellung der Dauer der Befruchtungsfähigkeit einer Eizelle



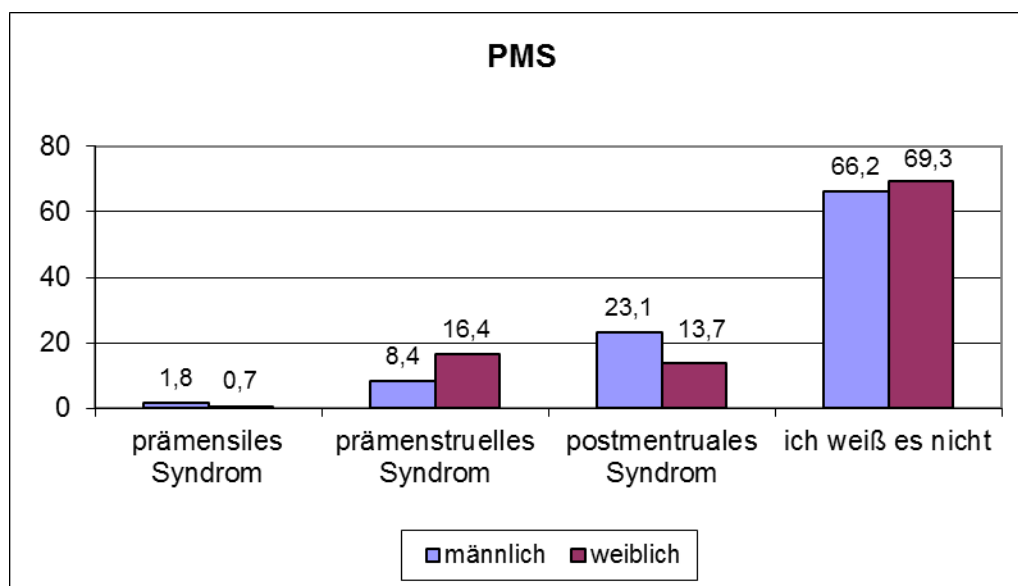
### 5.10.6 PMS

**Tab. 60:** Bedeutung der Abkürzung PMS

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Relevanz
<b>9. Ss - M</b>	prämenstruelles Syndrom	3,1%	0%	0%	n.s.
	prämenstruelles Syndrom	9,4%	0%	7,1%	
	postmentruales Syndrom	25%	28,6%	21,4%	
	ich weiß es nicht	62,5%	71,4%	71,4%	
<b>9. Ss - W</b>	prämenstruelles Syndrom	0,9%	0%	0%	n.s.
	prämenstruelles Syndrom	9,7%	0%	9,4%	
	postmentruales Syndrom	7,1%	0%	12,5%	
	ich weiß es nicht	82,3%	100%	78,1%	
<b>12. Ss - M</b>	prämenstruelles Syndrom	1,1%	0%	0%	p = 0,000
	prämenstruelles Syndrom	7,7%	66,7%	0%	
	postmentruales Syndrom	24,2%	0%	0%	
	ungültige Antwort	0%	0%	0%	
	ich weiß es nicht	67%	33,3%	100%	
<b>12. Ss - W</b>	prämenstruelles Syndrom	0,9%	0%	0%	n.s.
	prämenstruelles Syndrom	25,5%	0%	19,2%	
	postmentruales Syndrom	24,5%	0%	7,7%	
	ich weiß es nicht	49,1%	100%	73,1%	

Wie aus Tabelle 60 und Abbildung 47 hat die Mehrheit aller Probanden angegeben, die Bedeutung der Abkürzung PMS nicht zu kennen. Insgesamt haben nur 8,4% der Jungen und 16,4% der Mädchen gewusst, dass PMS für prämenstruelles Syndrom steht.

**Abb. 47:** Grafik zur Bedeutung der Abkürzung PMS



## 5.11 Wissenswertes über den Mann

### 5.11.1 Fruchtbarkeit des Mannes

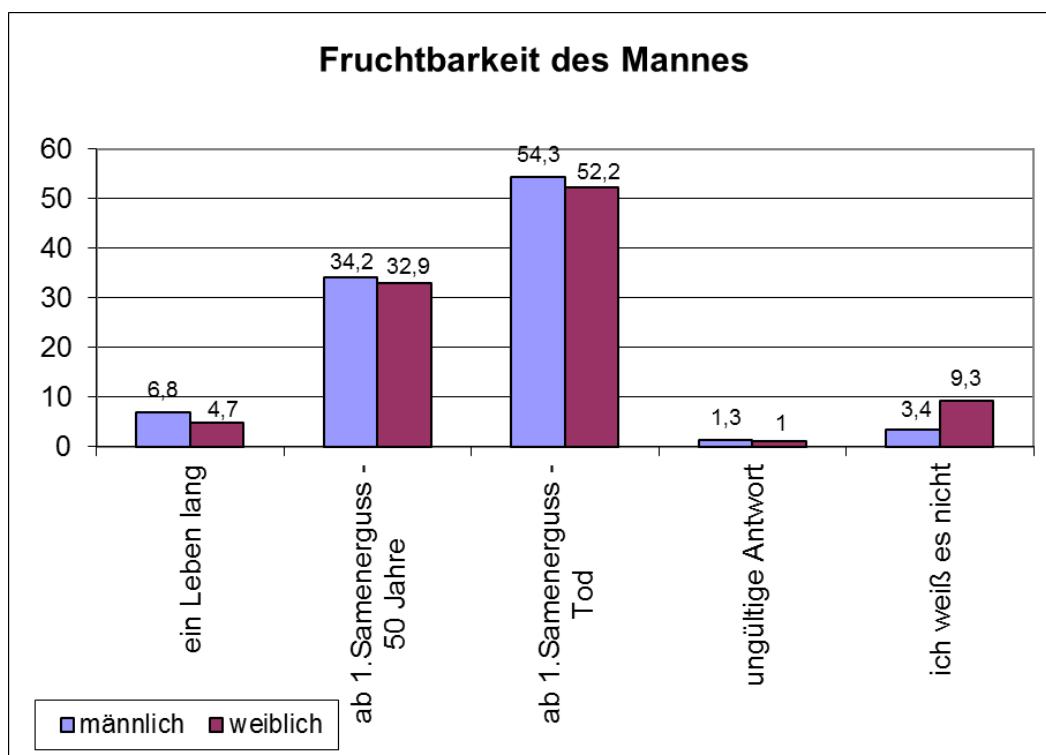
**Tab. 61:** Durchschnittliche Fruchtbarkeit des Mannes

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	ein Leben lang	7%	0%	14,3%	n.s.
	ab 1.Samenerguss - 50 Jahre	36%	37,5%	21,4%	
	ab 1.Samenerguss - Tod	52%	62,5%	57,1%	
	ungültige Antwort	2%	0%	0%	
	ich weiß es nicht	3%	0%	7,1%	
<b>9. Ss - W</b>	ein Leben lang	0,9%	0%	18,2%	p = 0,000
	ab 1.Samenerguss - 50 Jahre	32,5%	0%	45,5%	
	ab 1.Samenerguss - Tod	58,1%	25%	24,2%	
	ungültige Antwort	1,7%	25%	0%	
	ich weiß es nicht	6,8%	50%	12,1%	
<b>12. Ss - M</b>	ein Leben lang	7,4%	0%	0%	n.s.
	ab 1.Samenerguss - 50 Jahre	29,8%	66,7%	63,6%	
	ab 1.Samenerguss - Tod	57,4%	33,3%	36,4%	
	ungültige Antwort	1,1%	0%	0%	
	ich weiß es nicht	4,3%	0%	0%	
<b>12. Ss - W</b>	ein Leben lang	3,7%	0%	7,7%	n.s.
	ab 1.Samenerguss - 50 Jahre	31,8%	66,7%	26,9%	
	ab 1.Samenerguss - Tod	56,1%	0%	53,8%	
	ich weiß es nicht	8,4%	33,3%	11,5%	

Diese Frage wurde in der 9. Schulstufe von den meisten Buben (ca. 52-62%) richtig beantwortet, von den Mädchen hingegen haben zwar mehr als die Hälfte (58,1%) der deutschen aber nur ca. 25% der italienischen und ladinischen gewusst, dass der Mann im Durchschnitt ab dem ersten Samenerguss bis zum Tod fruchtbar ist. Nur einige deutsche (3%) und ladinische (7,1%) Schüler sowie 6,8% der deutschen, die Hälfte der italienischen und 12,1% der ladinischen Schülerinnen gaben an, die Antwort auf diese Frage nicht zu wissen.

In der 12. Schulstufe haben 57,4% der deutschen, 33,3% der italienischen und 36,4% der Buben bzw. 56,1% der deutschen und 53,8% der ladinischen Mädchen die Frage richtig beantwortet. Die meisten italienischen Mädchen (66,7%) glauben, dass der Mann vom ersten Samenerguss bis zum Alter von 50 Jahren fruchtbar ist, der Rest (33,3%) hat angegeben, die Antwort nicht zu wissen.

**Abb. 48:** Grafik zur Fruchtbarkeit des Mannes



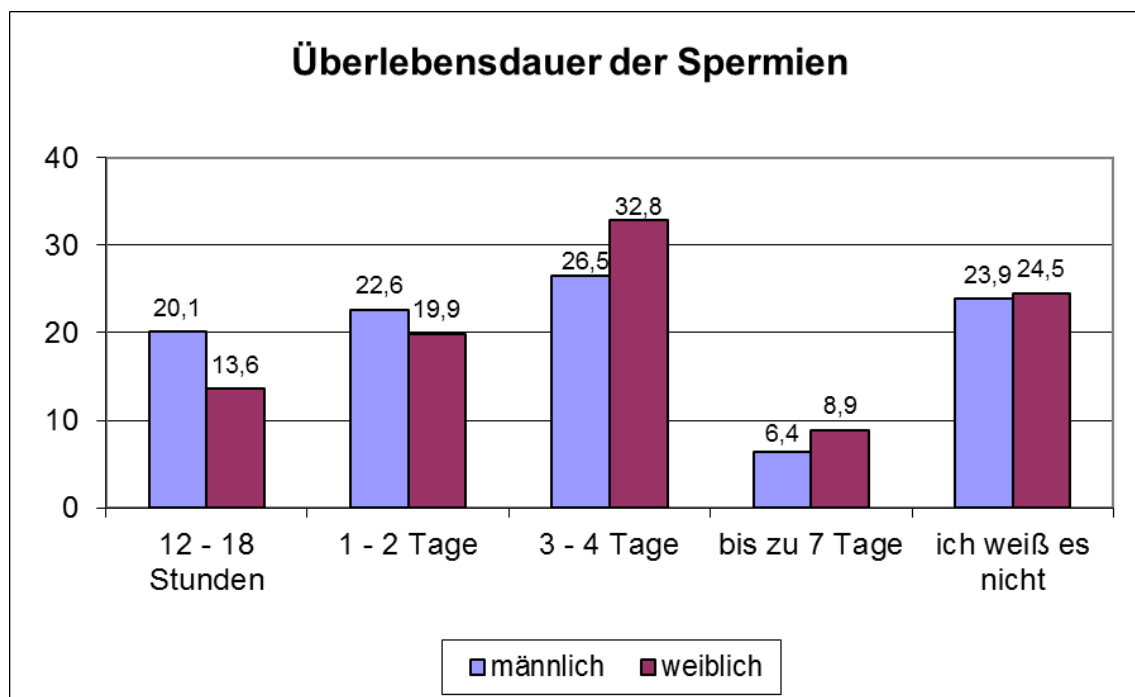
**Tab. 62:** Überlebensdauer der Spermien

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	12 - 18 Stunden	24,8%	0%	13,3%	n.s.
	1 - 2 Tage	19,8%	50%	13,3%	
	3 - 4 Tage	25,7%	12,5%	6,7%	
	bis zu 7 Tage	5,9%	0%	6,7%	
	ungültige Antwort	1%	0%	0%	
	ich weiß es nicht	22,8%	37,5%	60%	
<b>9. Ss - W</b>	12 - 18 Stunden	13,6%	0%	18,2%	n.s.
	1 - 2 Tage	17,8%	25%	15,2%	
	3 - 4 Tage	29,7%	0%	12,1%	
	bis zu 7 Tage	9,3%	0%	3%	
	ungültige Antwort	0,8%	0%	0%	
	ich weiß es nicht	28,8%	75%	51,5%	
<b>12. Ss - M</b>	12 - 18 Stunden	18,5%	0%	18%	n.s.
	1 - 2 Tage	22,8%	33,3%	36,4%	
	3 - 4 Tage	32,6%	0%	27,3%	
	bis zu 7 Tage	6,5%	33,3%	0%	
	ich weiß es nicht	19,6%	33,3%	18,2%	
<b>12. Ss - W</b>	12 - 18 Stunden	10,3%	33,3%	26,9%	n.s.
	1 - 2 Tage	23,4%	33,3%	19,2%	
	3 - 4 Tage	43,9%	0%	30,8%	
	bis zu 7 Tage	12,1%	0%	3,8%	
	ich weiß es nicht	10%	33,3%	19,2%	

Diese Frage wurde ganz unterschiedlich beantwortet: die meisten deutschen Buben (25,7%) der 9. Schulstufe und die meisten deutschen Buben (32,6%) der 12. Schulstufe sind der Meinung, dass Spermien 3-4 Tage im Körper der Frau überleben. Von den italienischen Jungen der 9. Schulstufe glauben die Hälfte, sie überleben 1 bis 2 Tage und in der 12. Schulstufe glaubt je ein Drittel, dass Spermien entweder 1 bis 2 Tage oder bis zu 7 Tage im weiblichen Körper überleben bzw. haben angegeben, die Antwort nicht zu wissen. Die ladinischen Jungen der 9. Schulstufe gaben zu 60% an, die Antwort auf die Frage nicht zu wissen. Von der 12. Schulstufe waren die meisten (3,4%) der Meinung, dass Spermien 1 bis 2 Tage überleben können.

Die meisten Mädchen der 9. Schulstufe (28,8% der deutschen, 75% der italienischen und 51,5% der ladinischen) gaben an, die Frage nicht beantworten zu können. In der 12. Schulstufe sind 43,9% der deutschen und 30,8% der ladinischen Mädchen, allerdings kein italienisches, der Meinung, dass Spermien 3 bis 4 Tage im Körper der Frau überleben können. Nur sehr wenige Schüler und Schülerinnen scheinen zu wissen, dass Spermien (auch wenn unter besonderen Umstände) in manchen Fällen sogar bis zu einer Woche im Körper der Frau auf eine befruchtungsfähige Eizelle warten können.

**Abb. 49:** Grafik zur Überlebensfähigkeit der Spermien im weiblichen Körper





## 5.12 Zuordnung verschiedener Geschlechtsorgane zum männlichen oder weiblichen Geschlecht

**Tab. 63:** Eierstöcke

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	7,1%	16,7%	38,5%	p = 0,017
	<i>Frau</i>	89,9%	83,3%	61,5%	
	<i>Mann und Frau</i>	3%	0%	0%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	6,8%	25%	40,6%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	92,3%	75%	56,3%	
	<i>Mann und Frau</i>	0,9%	0%	3,1%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	2,1%	33%	30%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	97,9%	66,7%	70%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	0,9%	0%	3,8%	n.s.
	<i>Frau</i>	99,1%	100%	96,2%	

Wie aus Tabelle 63 gut ersichtlich, haben in der 9. Schulstufe 89,9% der deutschen, 83,3% der italienischen und 61,5% der ladinischen Buben bzw. 92,3% der deutschen 75% der italienischen und nur 56,3% der ladinischen Mädchen die Frage richtig beantwortet. In der 12. Schulstufe glauben 97,9% der deutschen, 66,7% der italienischen und 70% der ladinischen Buben bzw. 99,% der deutschen, alle italienischen und 96,2% der ladinischen Mädchen, dass die Eierstöcke zum weiblichen Körper gehören.

**Tab. 64:** Eichel

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	95,8%	50%	54,5%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	2,1%	50%	45,5%	
	<i>ungültige Antwort</i>	2,1%	0%	0%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	94,6%	100%	58,3%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	5,4%	0%	37,5%	
	<i>Mann und Frau</i>	0%	0%	4%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	94,7%	66,7%	60%	p = 0,001
	<i>Frau</i>	5,3%	33,3%	40%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	97,1%	100%	73,9%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	2,9%	0%	26,1%	

Die Tabelle 64 zeigt, zu welchem Geschlecht die Eichel gehört. Bei dieser Frage konnte ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den drei Sprachen festgestellt werden.

**Tab. 65:** Eileiter

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	14%	20%	41,7%	n.s.
	<i>Frau</i>	85%	80,0%	58,3%	
	<i>Mann und Frau</i>	1%	0,0%	0%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	17,7%	50%	37%	p = 0,035
	<i>Frau</i>	82,3%	50,0%	63,3%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	10,8%	67%	30%	n.s.
	<i>Frau</i>	87,2%	33,3%	70,0%	
	<i>Mann und Frau</i>	2%	0,0%	0%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	8,4%	33,3%	33,3%	p = 0,020
	<i>Frau</i>	90,7%	66,7%	66,7%	
	<i>Mann und Frau</i>	0,9%	0,0%	0%	

Wie aus Tabelle 65 ersichtlich, haben die meisten Jungen der 9. Schulstufe und die meisten Mädchen beider Schulstufen angegeben, dass die Eileiter zum weiblichen Körper gehören. Von besonderem Interesse ist, dass in der 12. Schulstufe sowohl ein Drittel der italienischen als auch ein Drittel der ladinischen weiblichen Befragten glauben, die Eileiter gehören zum männlichen Körper.

**Tab. 66:** Eizelle

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	13,8%	14,3%	41,7%	p = 0,005
	<i>Frau</i>	86,2%	85,7%	50,0%	
	<i>Mann und Frau</i>	0,0%	0,0%	8,3%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	8,8%	0%	36,7%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	91,2%	100,0%	56,7%	
	<i>Mann und Frau</i>	0,0%	0%	7%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	4,3%	33,3%	0,0%	n.s.
	<i>Frau</i>	94,6%	67%	100,0%	
	<i>Mann und Frau</i>	1,1%	0%	0%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	3,8%	0,0%	3,8%	n.s.
	<i>Frau</i>	96,20%	100%	96,20%	

Die Tabelle 66 zeigt, dass die Mehrheit der männlichen und weiblichen Probanden gewusst hat, dass die Eizelle zum weiblichen Körper gehört. Ein statistisch relevanter Unterschied zwischen den Muttersprachen konnte nur in der 9. Schulstufe festgestellt werden.

**Tab. 67:** Gebärmutter

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	0%	0%	7,7%	p = 0,016
	<i>Frau</i>	100%	100%	92,3%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann und Frau</i>	0%	0%	3,1%	n.s.
	<i>Frau</i>	100%	100%	96,9%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	0%	0%	0%	n.s.
	<i>Frau</i>	100%	100%	100%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann und Frau</i>	0%	0%	3,8%	n.s.
	<i>Frau</i>	100%	100%	96,2%	

Wie aus Tabelle 67 gut ersichtlich ist, weiß die Mehrheit aller Befragten, egal welcher Schulstufe oder welches Geschlechts, dass es sich bei der Gebärmutter um ein weibliches Organ handelt. Lediglich 7,7% der ladinischen Buben der 9. Schulstufe, 3,1% der ladinischen Mädchen der gleichen Schulstufe und 3,8% der ladinischen Schülerinnen der 12. Schulstufe glauben, die Gebärmutter sei ein männliches Geschlechtsorgan.

**Tab. 68:** Hoden

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	100%	75%	92,3%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	0%	25%	7,7%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	100%	100%	92,9%	n.s.
	<i>Frau</i>	0%	0%	3,6%	
	<i>Mann und Frau</i>	0%	0%	3,6%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	100%	66,7%	100%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	0%	33,3%	0%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	99,1%	100%	100%	n.s.
	<i>Mann und Frau</i>	0,9%	0%	0%	

Die Tabelle 68 zeigt, dass diese Frage ebenfalls von den meisten Probanden richtig beantwortet wurde. Es gibt jedoch signifikante Unterschiede zwischen den Muttersprachen. Während beinahe alle deutschen Schüler und Schülerinnen die Hoden als männliches Organ eingestuft haben (mit der Ausnahme von 0,9% der Mädchen der 12. Schulstufe, für die die Hoden sowohl zum männlichen als auch zum weiblichen Körper gehören), glauben 75% der italienischen und 7,7% der ladinischen Buben der 9. Schulstufe und sogar 33,3% der italienischen Buben der 12. Schulstufe, die Hoden seien ein weibliches Geschlechtsorgan. In der 9. Schulstufe glauben auch 3,6% der ladinischen Mädchen, die Hoden gehören entweder zum weiblichen Körper oder zu beiden Geschlechtern.

**Tab. 69:** Jungfernhäutchen

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	5,1%	33,3%	15,4%	p = 0,022
	<i>Frau</i>	94,9%	66,7%	84,6%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	2,6%	33,3%	3,3%	n.s.
	<i>Frau</i>	94,8%	66,7%	93,3%	
	<i>Mann und Frau</i>	2,6%	0%	3,3%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	3,2%	66,7%	20%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	96,8%	33,3%	80%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	0%	0%	7,7%	p = 0,014
	<i>Frau</i>	100%	100%	92,3%	

Wie aus Tabelle 69 ersichtlich, haben sowohl die meisten Jungen als auch die meisten Mädchen angegeben, dass das Jungfernhäutchen zum weiblichen Körper gehört.

Bei den Jungen der 9. Schulstufe und in der 12. Schulstufe konnten wieder statistisch signifikante Unterschiede zwischen den drei Muttersprachen festgestellt werden.

**Tab. 70:** Klitoris

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	9,2%	0%	0%	p = 0,031
	<i>Frau</i>	90,8%	100%	90%	
	<i>Mann und Frau</i>	0%	0%	10%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	10,1%	33,3%	36,8%	p = 0,009
	<i>Frau</i>	89,9%	67%	57,9%	
	<i>Mann und Frau</i>	0%	0%	5%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	1,1%	33,3%	9,1%	p = 0,006
	<i>Frau</i>	98,9%	67%	90,9%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	2,9%	66,7%	8%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	97%	33%	92%	

Tabelle 70 zeigt, dass die Mehrheit der Jungen der 9. Schulstufe, die deutschen (97%) und ladinischen (90,9%) Jungen bzw. die Mehrheit aller Mädchen gewusst hat, dass die Klitoris ein weibliches Geschlechtsorgan ist.

Bei beiden Schulstufen und bei beiden Geschlechtern konnten statistisch relevante Unterschiede zwischen den verschiedenen Sprachen festgestellt werden.

**Tab. 71: Penis**

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	98%	100%	93%	n.s.
	<i>Frau</i>	2%	0%	7%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	100%	100%	100%	n.s.
	<i>Frau</i>	0%	0%	0%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	100%	100%	100%	n.s.
	<i>Frau</i>	0%	0%	0%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	100%	100%	100%	n.s.
	<i>Frau</i>	0%	0%	0%	

Bis auf 2% der deutschen und 7% der ladinischen Buben der 9. Schulstufe wussten alle Probanden, dass es sich beim Penis um ein männliches Geschlechtsorgan handelt.

**Tab. 72: Prostata**

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	51,6%	100%	41,7%	n.s.
	<i>Frau</i>	45,3%	0%	58,3%	
	<i>Mann und Frau</i>	3,2%	0%	0%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	74,5%	66,7%	33,3%	p = 0,001
	<i>Frau</i>	25,5%	33,3%	59,3%	
	<i>Mann und Frau</i>	0%	0%	7,4%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	86%	66,7%	100%	n.s.
	<i>Frau</i>	11,8%	33%	0%	
	<i>Mann und Frau</i>	2,2%	0%	0%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	92%	100%	92%	n.s.
	<i>Frau</i>	7%	0%	8%	
	<i>Mann und Frau</i>	1%	0%	0%	

Wie aus Tabelle 72 ersichtlich, haben in der 9. Schulstufe zwar alle italienischen Buben gewusst, dass die Prostata ein männliches Organ ist, aber nur 51,6% der deutschen und 41,7% der ladinischen Schüler haben die Frage richtig beantwortet. Die deutschen Mädchen der 9. Schulstufe haben zu 74,5% die Frage richtig beantwortet, hingegen jedoch nur 66,7% der italienischen bzw. 33,3% der ladinischen Mädchen der gleichen Schulstufe.

In der 12. Schulstufe hat die Mehrheit der männlichen und weiblichen Probanden gewusst, dass es sich bei der Prostata um ein männliches Geschlechtsorgan handelt.

**Tab. 73:** Samenleiter

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	94,7%	100%	61,5%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	5,3%	0%	38,5%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	97,3%	50%	78,6%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	2,7%	50%	14,3%	
	<i>Mann und Frau</i>	0%	0%	7,1%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	96,8%	100%	100%	n.s.
	<i>Frau</i>	3,2%	0%	0%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	97,2%	100%	96%	n.s.
	<i>Frau</i>	2,8%	0%	4%	

In der 9. Schulstufe haben 94,7% der deutschen, alle italienischen, aber nur 61,5% der ladinischen Buben gewusst, dass die Samenleiter zum männlichen Körper gehören. Die Frage richtig beantwortet haben etwas mehr Mädchen der gleichen Schulstufe, und zwar 97,3% der deutschen und 78,6% der ladinischen, aber nur die Hälfte der italienischen Mädchen. Die Mehrheit der Schüler und Schülerinnen der 12. Schulstufe haben auch gewusst, dass der Samenleiter zum männlichen Körper gehört.

**Tab. 74:** Schamlippen

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	2%	0%	16,7%	p = 0,028
	<i>Frau</i>	98%	100%	83,3%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	0%	0%	10,7%	p = 0,004
	<i>Frau</i>	100%	100%	89,3%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	1,1%	0%	0%	n.s.
	<i>Frau</i>	98,9%	100%	100%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	0%	0%	0%	n.s.
	<i>Frau</i>	100%	100%	100%	

Wie aus Tabelle 74 ersichtlich, wurde diese Frage ebenfalls von den meisten Befragten richtig beantwortet. Lediglich 2% der deutschen Buben der 9. Schulstufe und 1,1% der deutschen Buben der 12. Schulstufe glauben, dass die Schamlippen zum männlichen Geschlecht gehören. Die meisten Schwierigkeiten hatten die ladinischen Mädchen und Buben der 9. Schulstufe, es haben nämlich 16,7% der Buben und 10,7% der Mädchen die Frage nicht richtig beantwortet.

**Tab. 75: Spermium**

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	98%	100%	100%	n.s.
	<i>Frau</i>	2%	0%	0%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	98,2%	100%	90,3%	n.s.
	<i>Frau</i>	0,9%	0%	6,5%	
	<i>Mann und Frau</i>	0,9%	0%	3,2%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	98,9%	100%	100%	n.s.
	<i>Frau</i>	1,1%	0%	0,0%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	100%	100%	96,2%	n.s.
	<i>Frau</i>	0%	0%	3,8%	

Die Tabelle 75 zeigt, dass die Mehrheit der männlichen und weiblichen Probanden angegeben hat, dass das Spermium zum männlichen Geschlecht gehört. Es konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Sprachen festgestellt werden.

**Tab. 76: Vagina**

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	3%	0%	0%	n.s.
	<i>Frau</i>	97%	100%	100%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	0%	0%	3,3%	n.s.
	<i>Frau</i>	100%	100%	96,7%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	1,1%	0%	0%	n.s.
	<i>Frau</i>	98,9%	100%	100,0%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	0%	0%	0%	n.s.
	<i>Frau</i>	100%	100%	100%	

Wie aus Tabelle 76 ersichtlich, hat die Mehrheit aller Probanden gewusst, dass es sich bei der Vagina um ein weibliches Geschlechtsorgan handelt. Diese Frage wurde lediglich von 3% der deutschen Buben und 3,3% der ladinischen Mädchen der 9. Schulstufe und von 1,1% der deutschen Buben der 12. Schulstufe falsch beantwortet.

Wiederum konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Muttersprachen festgestellt werden.

**Tab. 77:** Vorhaut

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	89%	20%	23,1%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	10%	80%	76,9%	
	<i>Mann und Frau</i>	1%	0%	0%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	85%	33,3%	36%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	15%	33,3%	56%	
	<i>Mann und Frau</i>	0%	33,3%	8%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	94,7%	100%	63,3%	p = 0,000
	<i>Frau</i>	4,3%	0%	36,4%	
	<i>Mann und Frau</i>	1,1%	0%	0%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	94,3%	100,0%	69,2%	p = 0,001
	<i>Frau</i>	5,7%	0%	30,8%	

Tabelle 77 zeigt, dass 89% der deutschen Jungen und 85% der deutschen Mädchen bzw. die Mehrheit der Mädchen und Buben der 12. Schulstufe gewusst haben, dass die Vorhaut zum männlichen Körper gehört. 80% der italienischen und 76,9% der ladinischen Buben bzw. 33,3% der italienischen und 56% der ladinischen Mädchen der 9. Schulstufe haben angegeben, dass die Vorhaut zum weiblichen Körper gehört. Es konnte wiederum bei jeder Stufe und bei beiden Geschlechtern ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Sprachen festgestellt werden.

**Tab. 78:** Vulva

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	2,3%	0%	8%	n.s.
	<i>Frau</i>	96,5%	100%	92%	
	<i>Mann und Frau</i>	1,2%	0%	0%	
<b>9. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	10,1%	0%	33,3%	p = 0,030
	<i>Frau</i>	89,9%	100%	61,9%	
	<i>Mann und Frau</i>	0%	0%	4,8%	
<b>12. Ss - M</b>	<i>Mann</i>	2,4%	0%	9,1%	n.s.
	<i>Frau</i>	97,6%	100%	90,9%	
<b>12. Ss - W</b>	<i>Mann</i>	14,3%	66,7%	17%	n.s.
	<i>Frau</i>	85,7%	33,3%	82,6%	

Die Tabelle 78 zeigt, dass die Mehrheit der aller Befragten (mit Ausnahme der italienischen Mädchen der 12. Schulstufe) gewusst hat, dass die Vulva ein weibliches Organ ist. Ein statistisch relevanter Unterschied zwischen den Sprachen konnte nur bei den Mädchen der 9. Schulstufe festgestellt werden.



**Abb. 50:** Grafische Darstellung der Geschlechtsorgane

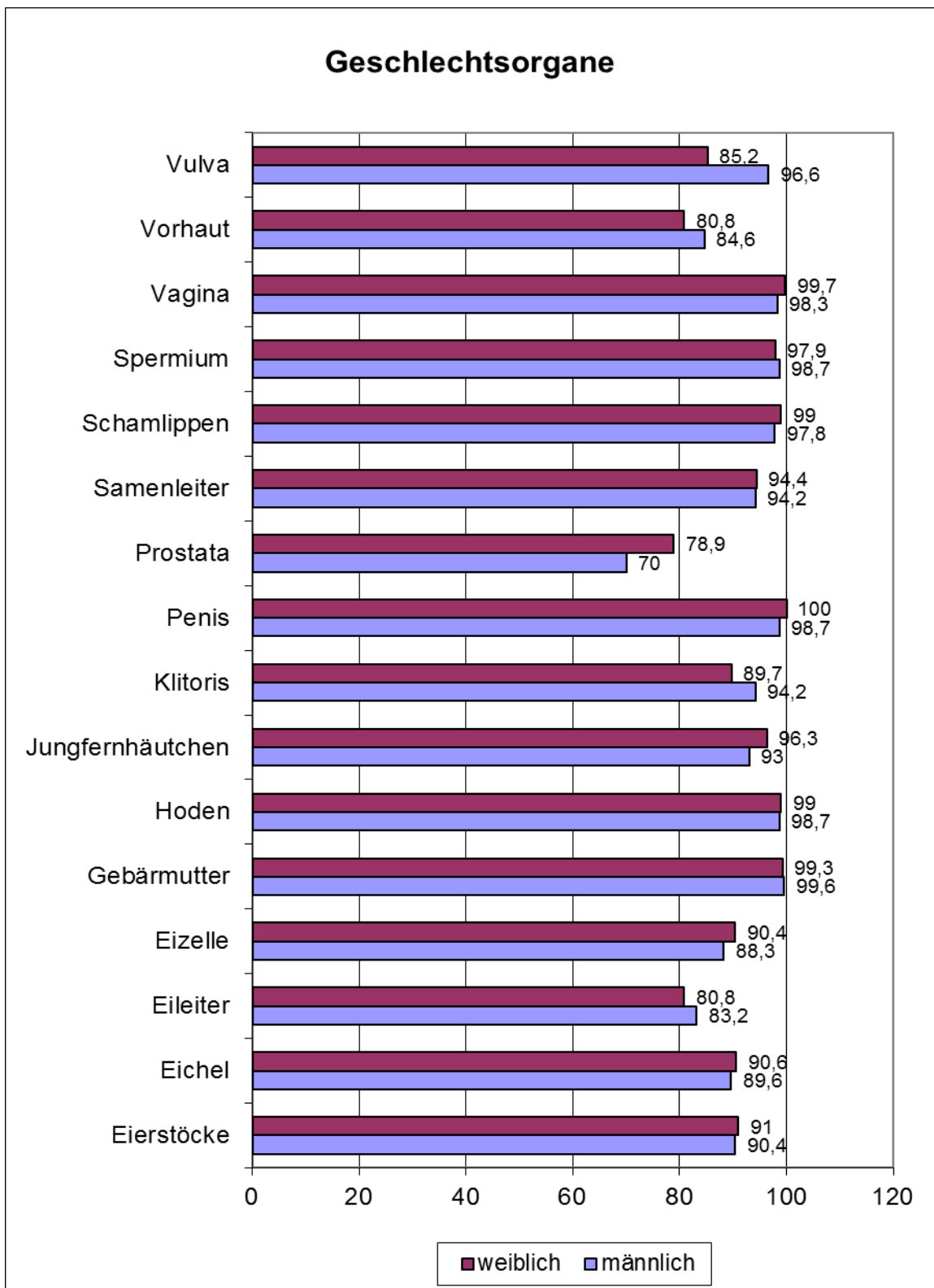


Abbildung 50 zeigt eine Zusammenfassung der Zuordnung verschiedener Organe zum männlichen bzw. weiblichen Körper je nach Geschlecht der Probanden.

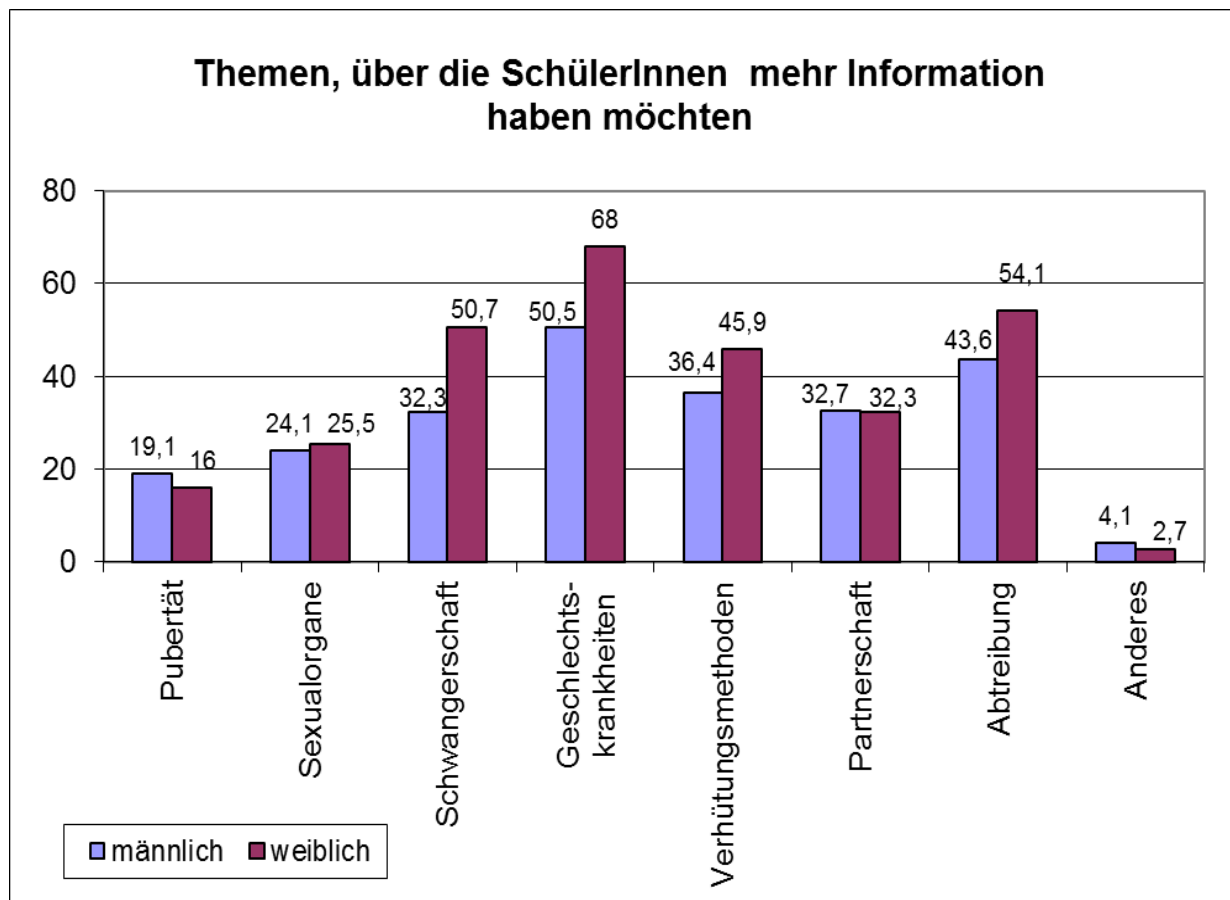
### 5.13 Themen, über die Schüler und Schülerinnen gerne mehr Information hätten

**Tab. 79:** Themenbereiche, über die die Befragten mehr wissen möchten

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Ss - M</b>	<i>Pubertät</i>	24,7%	16,7%	40%	n.s.
	<i>Sexualorgane</i>	32,3%	33,3%	26,7%	n.s.
	<i>Schwangerschaft</i>	30,1%	50%	46,7%	n.s.
	<i>Geschlechtskrankheiten</i>	45,2%	33,3%	26,7%	n.s.
	<i>Verhütungsmethoden</i>	37,6%	33,3%	46,7%	n.s.
	<i>Partnerschaft</i>	30,1%	33,3%	53,3%	n.s.
	<i>Abtreibung</i>	40,9%	16,7%	26,7%	n.s.
	<i>Anderes</i>	7,5%	0%	0%	n.s.
<b>9. Ss - W</b>	<i>Pubertät</i>	15,8%	25%	53,1%	p = 0,000
	<i>Sexualorgane</i>	21,1%	25%	34,4%	n.s.
	<i>Schwangerschaft</i>	56,1%	75%	71,9%	n.s.
	<i>Geschlechtskrankheiten</i>	57,9%	50%	53,1%	n.s.
	<i>Verhütungsmethoden</i>	51,8%	25%	56,3%	n.s.
	<i>Partnerschaft</i>	34,2%	25%	59,4%	p = 0,037
	<i>Abtreibung</i>	56,1%	0%	53,1%	n.s.
	<i>Anderes</i>	3,5%	0%	3,1%	n.s.
<b>12. Ss - M</b>	<i>Pubertät</i>	13,5%	0%	0%	n.s.
	<i>Sexualorgane</i>	14,6%	33,3%	20%	n.s.
	<i>Schwangerschaft</i>	30,3%	100,0%	30%	n.s.
	<i>Geschlechtskrankheiten</i>	59,6%	33,3%	60%	n.s.
	<i>Verhütungsmethoden</i>	31,5%	100,0%	40%	n.s.
	<i>Partnerschaft</i>	29,2%	100,0%	30%	n.s.
	<i>Abtreibung</i>	51,7%	66,7%	30%	n.s.
	<i>Anderes</i>	0%	0%	20%	p = 0,000
<b>12. Ss - W</b>	<i>Pubertät</i>	8,7%	33,3%	3,8%	n.s.
	<i>Sexualorgane</i>	21,2%	33,3%	50%	p = 0,012
	<i>Schwangerschaft</i>	38,5%	66,7%	46,2%	n.s.
	<i>Geschlechtskrankheiten</i>	80,8%	66,7%	80,8%	n.s.
	<i>Verhütungsmethoden</i>	36,5%	66,7%	42,3%	n.s.
	<i>Partnerschaft</i>	23,1%	33,3%	26,9%	n.s.
	<i>Abtreibung</i>	51,9%	66,7%	57,7%	n.s.
	<i>Anderes</i>	2,9%	0%	0%	n.s.

Die Tabelle 79 zeigt die detaillierte Präferenz der Themenbereiche der Schüler und Schülerinnen pro Schulstufe und Muttersprache. Bei den meisten Themenbereichen (außer bei Pubertät und Partnerschaft bei den Mädchen der 9. Schulstufe und bei den Sexualorganen bei den Mädchen der 12. Schulstufe) konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Muttersprachen festgestellt werden.

**Abb. 51:** Grafische Darstellung der Themen, über die Schüler und Schülerinnen mehr Information haben möchten



Wie aus Abbildung 51 ersichtlich, möchten die meisten weiblichen und männlichen Probanden mehr Information über Geschlechtskrankheiten (68% der Mädchen und 50,5% der Jungen) haben, gefolgt von Schwangerschaft (50,7% der Mädchen, 32,3% der Jungen), Abtreibung (54,1% der Mädchen und 43,6% der Jungen) und Verhütungsmethoden (45,9% der Mädchen und 36,4% der Jungen). Am wenigsten Interesse weckt das Thema Pubertät.

Bei den Themen Schwangerschaft ( $p = 0,000$ ), Geschlechtskrankheiten ( $p = 0,000$ ), Verhütungsmethoden ( $p = 0,030$ ), und Abtreibung ( $p = 0,019$ ), konnte ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden.

### 5.14 Themen, die im Sexualkundeunterricht näher behandelt werden sollten

**Tab. 80:** Themenbereiche, die im Sexualkundeunterricht genauer behandelt werden sollten (9. Schulstufe)

9. Schulstufe	Schule A	Schule B	Schule D	Schule E	Schule F	Schule G	Schule H	Signifikanz
Pubertät	31,4%	28,6%	25,6%	43,2%	40%	13,9%	50%	p = 0,025
Sexualorgane	28,6%	36,7%	30,2%	29,7%	40%	27,8%	50%	n.s.
Schwangerschaft	51,4%	53,1%	58,1%	37,8%	55,6%	47,2%	40,6%	n.s.
Geschlechts-krankheiten	60%	69,4%	69,8%	29,7%	71,1%	72,2%	53,1%	p = 0,004
Verhütungs-methoden	65,7%	61,2%	79,1%	51,4%	57,8%	63,9%	43,8%	n.s.
Partnerschaft	37,1%	36,7%	25,6%	40,5%	33,3%	16,7%	31,3%	n.s.
Abtreibung	48,6%	73,5%	62,8%	21,6%	48,9%	44,4%	31,3%	p = 0,000
Anderes	2,9%	2%	2,3%	8,1%	6,7%	5,6%	18,8%	n.s.

Mit Ausnahme der Schule G sind mindestens 20% der Probanden der 9. Schulstufe aller Schulen der Meinung, dass alle vorgeschlagenen Themenbereiche im Sexualkundeunterricht genauer besprochen werden sollten. Besonders Themen wie Verhütungsmethoden und Geschlechtskrankheiten wurden von mehr als der Hälfte aller Befragten angegeben (Ausnahme Schule F: hier finden nur 29,7% der Befragten, dass das Thema Geschlechtskrankheiten im Sexualkundeunterricht genauer behandelt werden soll). Das Thema Abtreibung scheint für 73,5% der Probanden der Schule B und 62,8% der Befragten von Schule D von großer Bedeutung zu sein. Themenbereiche wie Pubertät und Sexualorgane scheinen für weniger als 40% der Befragten (Ausnahme Schule H und Schule E) von so großer Wichtigkeit zu sein, dass sie im Sexualkundeunterricht näher behandelt werden sollten. Am wenigsten Interesse für die Themen Pubertät, Sexualorgane und Partnerschaft zeigt die Schule G, für die Themen Schwangerschaft, Geschlechtskrankheiten und Abtreibung die Schule E.

Bei *Anderes* wurden von den Befragten folgende Vorschläge gemacht, worüber im Sexualkundeunterricht ihrer Meinung nach eingegangen werden soll: Sex im Allgemeinen („wie man es macht“), Pornoproduktionen, Menstruationsphase. Einige Probanden meinen, schon alles zu wissen, und sind deshalb der Meinung gewesen, man brauche über keiner dieser Themenbereiche im Sexualkundeunterricht zu sprechen.

Erhebliche Unterschiede ( $p < 0,05$ ) zwischen den verschiedenen Schulen zeigen sich bei den Themenbereichen Pubertät, Geschlechtskrankheiten, Verhütungsmethoden und Abtreibung.

**Tab. 81:** Themenbereiche, die im Sexualkundeunterricht genauer behandelt werden sollten (12. Schulstufe)

12. Schulstufe	Schule A	Schule B	Schule C	Schule D	Schule E	Schule F	Schule G	Schule H	Signifikanz
Pubertät	17,2%	14%	30%	18,6%	27,3%	19%	25%	14,7%	n.s.
Sexualorgane	31%	16,3%	20%	23,3%	40,9%	14,3%	55%	23,5%	$p = 0,034$
Schwangerschaft	37,9%	46,5%	20%	46,5%	68,2%	23,8%	55%	50%	$p = 0,020$
Geschlechts-krankheiten	86,2%	72,1%	50%	76,7%	81,8%	78,6%	80%	70,6%	n.s.
Verhütungs-methoden	79,3%	51,2%	60%	65,1%	72,7%	54,8%	75%	61,8%	n.s.
Partnerschaft	31%	18,6%	60%	23,3%	27,3%	19%	20%	20,6%	n.s.
Abtreibung	51,7%	53,5%	30%	48,8%	50%	52,4%	35%	73,5%	n.s.
Anderes	0%	2,3%	0%	9,3%	0%	0%	0%	0%	$p = 0,043$

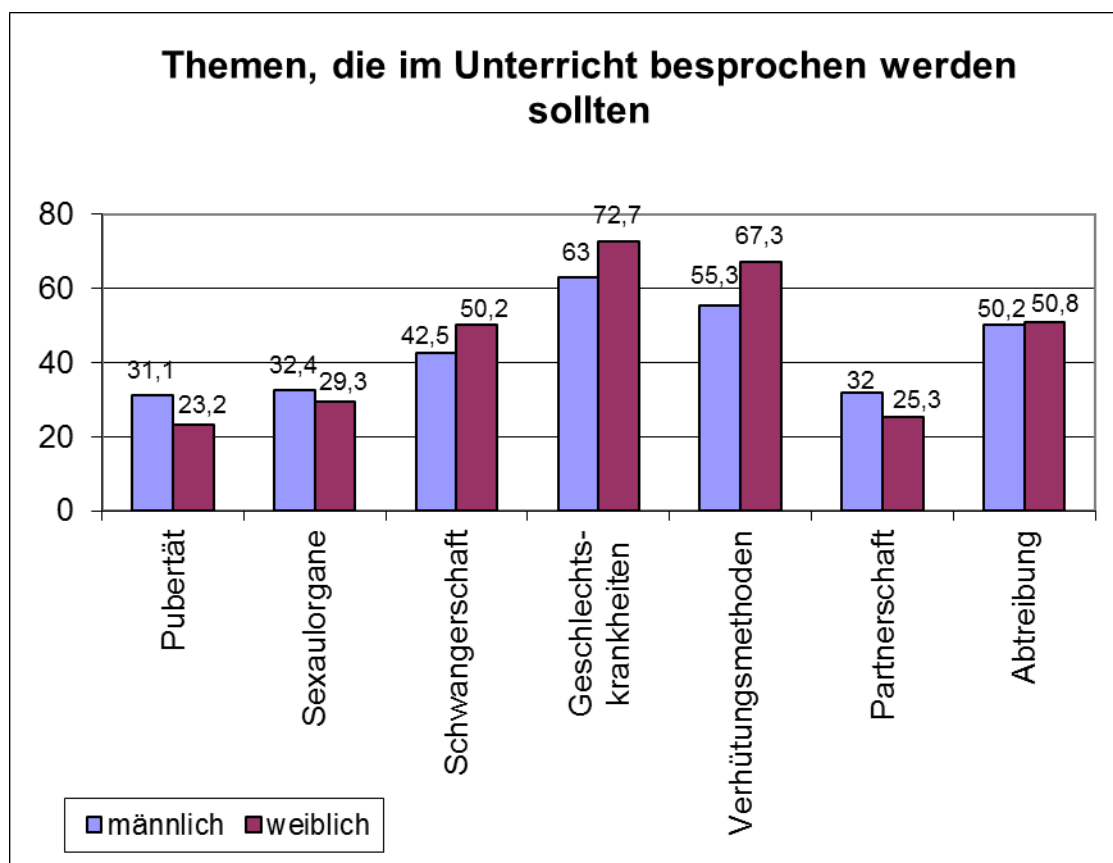
Wie aus Tabelle 81 gut ersichtlich, glauben nur zwischen 14% und 30% der Probanden der 12. Schulstufe aller Schulen, dass das Themenbereich Pubertät in der Schule noch genauer behandelt werden sollte. Auch der Bedarf an mehr Information zum Thema Sexualorgane scheint in den meisten Schulen (Ausnahme Schule G mit 55%) nicht gegeben zu sein. Großer Bedarf an mehr Information besteht hingegen für das Thema Geschlechtskrankheiten und Verhütungsmethoden: Mehr als die Hälfte aller Befragten aller Schulen haben angegeben, dass für sie diese Themenbereiche im Sexualkundeunterricht genauer besprochen werden sollten.

Für die Schüler und Schülerinnen der Schule A, der Schule D, der Schule E, der Schule F und der Schule G sind die Themen Geschlechtskrankheiten und Verhütungsmethoden von großer Wichtigkeit. Die Schüler und Schülerinnen der Schule B würden gerne die Themen Geschlechtskrankheiten und Abtreibung im Sexualkundeunterricht näher besprechen. Die Probanden und Probandinnen der Schule C finden das Thema Verhütungsmethoden und Partnerschaft besonders wichtig, und die wichtigen Themengebiete für Schule H sind Geschlechtskrankheiten und Abtreibung.

Bei *Anderes* wurde das Thema Menstruation hinzugefügt, einige Probanden haben explizit hingeschrieben, dass auf alles genauer Bezug genommen werden sollte.

Bei den Themen Sexualorgane und Schwangerschaft ist  $p < 0,05$ . Das heißt, es besteht ein höchst signifikanter Unterschied zwischen den Schulen.

**Abb. 52:** Grafische Darstellung der Themenbereiche, die im Sexualkundeunterricht genauer besprochen werden sollten



Wie aus der Abbildung 52 ersichtlich, hat die Mehrheit der Jungen und Mädchen angegeben, dass die Themenbereiche Geschlechtskrankheiten (72,7% der Mädchen und 63% der Jungen), Verhütungsmethoden (67,3% der Mädchen und 55,3% der Jungen), Abtreibung (50,8% der Mädchen und 50,2% der Jungen) und Schwangerschaft (50,2% der Mädchen und 42,5% der Jungen) im Unterricht näher besprochen werden sollten.

### 5.15 Form des Informationsangebots

**Tab. 82:** Form der Informationsdarbietung (9.Ss)

9. Schulstufe	Schule A	Schule B	Schule D	Schule E	Schule F	Schule G	Schule H	Signifikanz
<i>Freifach</i>	28,6%	44%	33,3%	47,4%	40,4%	16,7%	29,4%	n.s.
<i>Unterrichtsfach</i>	60%	46%	69%	39,5%	55,3%	38,9%	50%	n.s.
<i>Experte/in</i>	45,7%	52%	42,9%	39,5%	53,2%	50%	29,4%	n.s.
<i>Broschüren</i>	11,4%	18%	19,0%	18,4%	17,0%	11,1%	11,8%	n.s.
<i>anonymer Telefondienst</i>	5,7%	22%	11,9%	18,4%	12,8%	11,1%	11,8%	n.s.
<i>Homepage im Internet</i>	17,1%	20%	14,3%	21,1%	17%	16,7%	29,4%	n.s.
<i>Beratungsstelle</i>	11,4%	16%	9,5%	23,7%	14,9%	13,9%	2,9%	n.s.
<i>Anderes</i>	0%	0%	2,4%	0%	2,1%	2,8%	0%	n.s.

Die Tabelle 82 zeigt, dass 60% der Schüler und Schülerinnen der Schule A der Meinung sind, dass die Information zum Thema Sexualität in Form eines verpflichteten Unterrichtsfaches angeboten werden sollte. Auch 60% der Schüler und Schülerinnen der Schule D, 55,3% der Schüler und Schülerinnen der Schule F und 50% der Schüler und Schülerinnen der Schule H sind dieser Meinung. 52% der Schüler und Schülerinnen der Schule B und 50% der Schüler und Schülerinnen der Schule G würden ein Experte bzw. eine Expertin bevorzugen, der/die als Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerin in der Schule zur Verfügung stehen sollte. Die Schüler und Schülerinnen der Schule E hingegen würden gern die Information zur Sexualität als Freifach angeboten bekommen.

Für weniger als 20% der Befragten aller Schulen werden Broschüren als Form des Informationsangebots bevorzugt. Auch ein anonymer Telefondienst, eine Beratungsstelle oder Informationen im Internet auf einer Homepage sprechen die Probanden nicht besonders an.

Bei keiner Form der Informationsdarbietung ist die Signifikanz zwischen den Schulen besonders hoch. Das heißt, es gibt keine relevanten Unterschiede zwischen den Schulen.

**Tab. 83:** Form der Informationsdarbietung (12.Ss)

12. Schulstufe	Schule A	Schule B	Schule C	Schule D	Schule E	Schule F	Schule G	Schule H	Signifikanz
<i>Freifach</i>	13,8%	17,4%	20%	20,5%	40,9%	29,5%	10%	20%	n.s.
<i>Unterrichtsfach</i>	75,9%	56,5%	80%	72,7%	31,8%	52,3%	65%	54,3%	p = 0,018
<i>Experte/in</i>	55,2%	52,2%	20%	59,1%	72,7%	45,5%	45%	31,4%	p = 0,031
<i>Broschüren</i>	27,6%	32,6%	10%	25,0%	36,4%	15,9%	50%	31,4%	n.s.
<i>anonymer Telefondienst</i>	10,3%	23,9%	0%	15,9%	13,6%	18,2%	15%	8,6%	n.s.
<i>Homepage im Internet</i>	6,9%	21,7%	10%	27,3%	36,4%	27,3%	25%	48,6%	p = 0,015
<i>Beratungsstelle</i>	24,1%	23,9%	0%	15,9%	36,4%	20,5%	30%	8,6%	n.s.
<i>Anderes</i>	3,4%	2,2%	0%	2,3%	0%	2,3%	5%	0%	n.s.

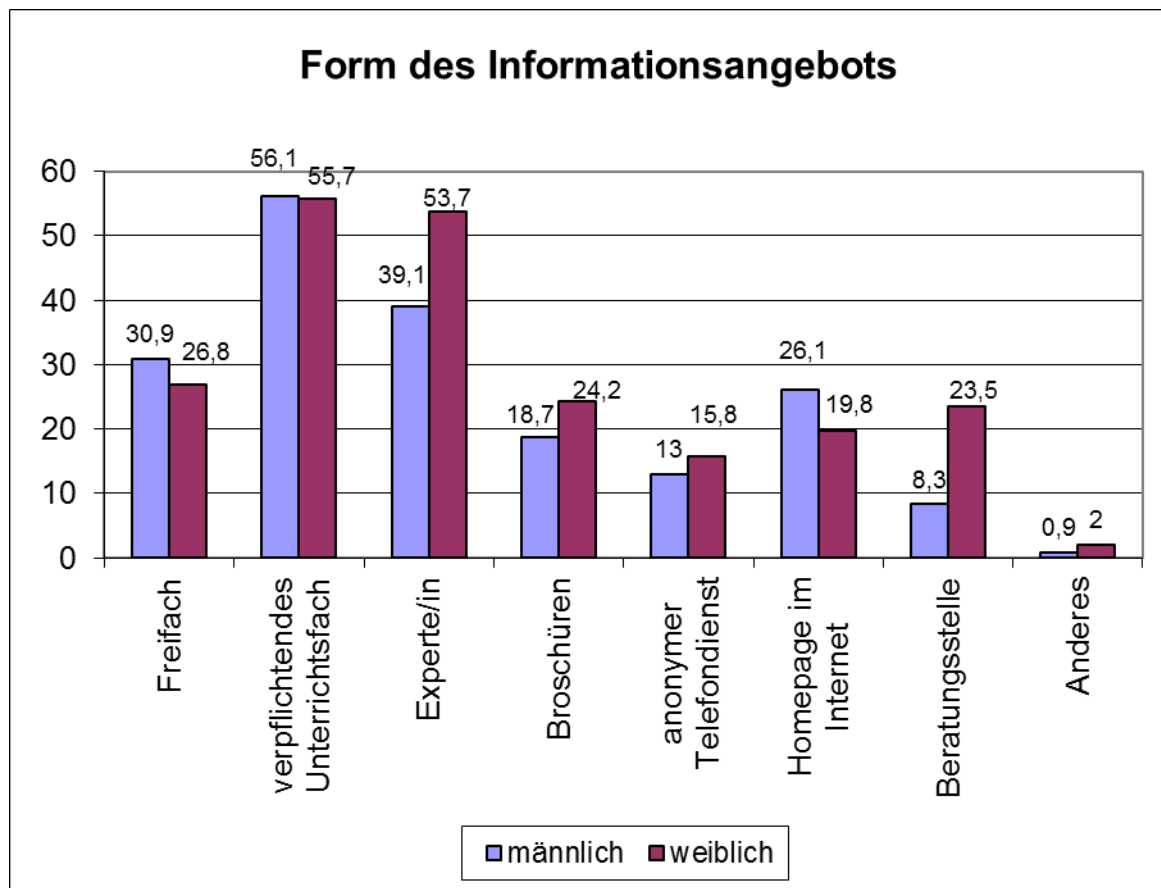
Mit Ausnahme der Schule E (31,8%) sind zwischen 50% und 80% der Probanden der 12. Schulstufe aller Schulen der Meinung, dass die Information zum Themenbereich Sexualkunde als verpflichtendes Unterrichtsfach angeboten werden sollte. An zweiter Stelle würden zwischen 45% und ca. 73% der Befragten aller Schulen (Ausnahme Schule C und Schule H) ein Experte bzw. eine Expertin bevorzugen, der/die als Ansprechperson in der Schule zur Verfügung stehen sollte.

Im Gegensatz zur 9. Schulstufe würden einige mehr Probanden der 12. Schulstufe eine Beratungsstelle außerhalb der Schule oder die Information im Internet auf einer Homepage bevorzugen.

Eine Relevanz von  $p < 0,05$  wurde bei den Formen des Informationsangebots „verpflichtendes Unterrichtsfach“, „Experte/in“ und „Homepage im Internet“. Das heißt, dass bei diesen Formen der Informationsdarbietung statistisch relevante Unterschiede zwischen den Schulen festgestellt werden konnten.



**Abb. 53:** Grafische Darstellung zur Form des Informationsangebots



Wie aus Abbildung 53 ersichtlich, ist die Mehrheit der Jungen (56,1%) und der Mädchen (55,7%) der Meinung, dass die Information zur Sexualkunde als verpflichtendes Unterrichtsfach angeboten werden soll. An zweiter Stelle wurde von den meisten (53,7% der Mädchen und 39,1% der Jungen) ein Experte bzw. eine Expertin in der Schule gewählt.

Statistisch erhebliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern konnten bei der Form des Informationsangebots „Experte/in“ und „Beratungsstelle“ festgestellt werden.

## 5.16 Frage an die weiblichen Befragten

### 5.16.1 Menstruation

Zum Zeitpunkt der Befragung hatten in der 9. Schulstufe 3,4% der deutschen und 6,5% der ladinischen weiblichen Befragten noch nicht ihre erste Menstruation. In der 12. Schulstufe hatten bereits alle Mädchen ihre erste Menstruationsblutung.

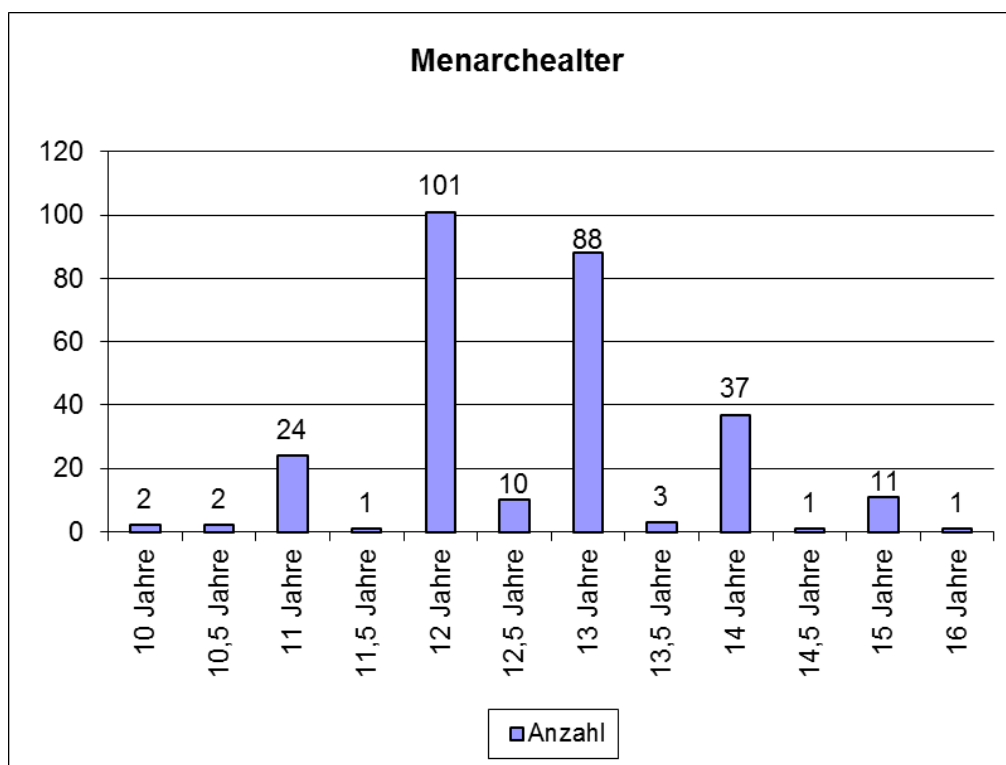
**Tab. 84:** Alter zum Zeitpunkt der ersten Menstruation

		Deutsch	Italienisch	Ladinisch	Signifikanz
<b>9. Schulstufe</b>	10 Jahre	0,9%	0%	0%	n.s.
	10,5 Jahre	0,9%	0%	3,6%	
	11 Jahre	10,1%	0%	3,6%	
	12 Jahre	36,7%	100%	21,4%	
	12,5 Jahre	0,9%	0%	14,3%	
	13 Jahre	41,3%	0%	35,7%	
	13,5 Jahre	1,8%	0%	0,0%	
	14 Jahre	5,5%	0%	21,4%	
	15 Jahre	1,8%	0%	0%	
<b>12. Schulstufe</b>	10 Jahre	1%	0%	0%	p = 0,000
	10,5 Jahre	8,9%	0%	7,7%	
	11 Jahre	1%	0%	0%	
	12 Jahre	36,6%	50%	38,5%	
	12,5 Jahre	3%	0%	7,7%	
	13 Jahre	22,8%	0%	19,2%	
	13,5 Jahre	0%	0%	3,8%	
	14 Jahre	17,8%	0%	19,2%	
	14,5 Jahre	0%	50%	0%	
	15 Jahre	7,9%	0%	3,8%	
	16 Jahre	1%	0%	0%	

Die meisten deutschen (41,3%) und die meisten ladinischen (35,7%) Mädchen der 9. Schulstufe hatten mit 13 Jahren ihre Menarche. Alle italienischen Schülerinnen und auch 36,7% der deutschen Mädchen hatten ihre erste Menstruation bereits mit 12 Jahren. Je 21,4% der ladinischen Schülerinnen hatten ihre erste Menstruationsblutung mit 12 bzw. mit 14 Jahren.

In der 12. Schulstufe hatten 36,6% der deutschen, 50% der italienischen und 38,5% der ladinischen Mädchen ihre Menarche mit 12 Jahren. 22,8% der deutschen und 19,2% der ladinischen bekamen ihre erste Regel mit 13 Jahren und 17,8% der deutschen bzw. 19,2% der ladinischen mit 14 Jahren.

**Abb. 54:** Grafische Darstellung des Menarchealters



Die Abbildung 54 zeigt, dass die Mehrheit der Mädchen ihre erste Periode mit 12 bzw. mit 13 Jahren bekommen hat.

**Tab. 85:** Mittelwert, Minimum und Maximum des Menarchealters in der 9. und 12. Schulstufe

	Muttersprache	Mittelwert	Minimum	Maximum
<b>9. Schulstufe</b>	<i>Deutsch</i>	12,477	10	15
	<i>Italienisch</i>	12	12	12
	<i>Ladinisch</i>	12,768	10,5	14
	<i>Gesamt</i>	12,518	10	15
<b>12. Schulstufe</b>	<i>Deutsch</i>	12,762	10	16
	<i>Italienisch</i>	13,25	12	14,5
	<i>Ladinisch</i>	12,712	11	15
	<i>Gesamt</i>	12,76	10	16

Wie in Tabelle 85 ersichtlich, beträgt das Minimalalter der ersten Menstruationsblutung bei den Mädchen der 9. und der 12. Schulstufe 10 Jahre. Das Maximalalter der 9. Schulstufe unterscheidet sich um 1 Jahr von dem der 12. Schulstufe. Im Durchschnitt bekommen Südtirols Mädchen, unabhängig von der Muttersprache, ihre erste Menstruationsblutung im Alter von ca. 12 Jahre.

## **6. DISKUSSION**

### **6.1 Merkmale der Stichprobe**

---

An der hier angeführten Untersuchung nahmen 542 Schüler und Schülerinnen (236 Jungen, 302 Mädchen und 4 haben kein Geschlecht angegeben) der neunten und zwölften Schulstufe acht verschiedener Schulen in Südtirol teil. Je ungefähr ein Viertel der Probanden war zum Zeitpunkt der Befragung 14, 15 bzw. 17 Jahre alt. Der Rest gab andere Altersangaben an. Das Durchschnittsalter betrug 16 Jahre. Die Mehrheit der Befragten war deutscher, ca. 15% ladinischer Muttersprache und ein geringer Anteil italienischer Muttersprache.

### **6.2 Herkunft der Informationsquellen**

---

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass für den Großteil der Schüler und Schülerinnen die Freunde und der Unterricht die maßgeblichen Informationsquellen sind. An dritter Stelle wurde von den Jungen das Internet und von den Mädchen die Mutter als Informationsquelle genannt.

Erhebliche Unterschiede ergaben sich bei den Eltern als Informationsquelle. Dabei wird die Mutter eher von den Mädchen und der Vater von den Buben als Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner herangezogen. Bei anderen Kategorien konnte ebenfalls ein deutlicher Unterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden. So bevorzugten deutlich mehr Jungen das Internet, pornographisches Material und digitale Medien wie Fernsehen und Video als Informationsquelle als Mädchen. Aufklärungsbücher, Zeitschriften und Vorträge werden hingegen eher von Mädchen vorgezogen.

### **6.3 Selbsteinschätzung des eigenen Wissens**

---

Der Großteil der Probanden und Probandinnen schätzte das eigene Wissen bezüglich Sexualität und Sexualkunde als gut und ungefähr je 20% als ausreichend bzw. sehr gut ein. Die Jungen beurteilten ihr Wissen etwas positiver als Mädchen.

Auch Köppel (2008) und Pöchhacker (2006) kamen in ihren Studien zum österreichischen Sexualkundeunterricht zu ähnlichen Ergebnissen. So schätzte die Mehrheit der Befragten ihr Wissen als gut ein und auch hier beurteilten die Buben ihr Wissen besser als die Mädchen.

### **6.4 Auskünfte über den Sexualkundeunterricht**

---

Die Mehrheit der Schüler und Schülerinnen haben zum Zeitpunkt der Befragung angegeben, im laufenden Jahr keine Sexualkundeunterrichtsstunde gehabt zu haben. In den Klassen, in denen Sexualkundeunterricht durchgeführt wurde, wurden dafür 2–4 Unterrichtsstunden investiert. Des Öfteren wurde der Sexualkundeunterricht irgendwann während des Schuljahres besprochen. Bei einer erheblichen Anzahl der Befragten fand dieser in der Mittelschule oder in der 2. Oberstufe (10. Schulstufe) statt.

In den meisten Schulen wurde der Sexualkundeunterricht von der Biologielehrerin bzw. dem Biologielehrer durchgeführt. In den Schulen mit pädagogischer Richtung haben auch der Psychologielehrer bzw. die Psychologielehrerin über Themen der Sexualkunde unterrichtet. Weitere Fächer, in denen das Thema Sexualität angesprochen wurde, sind Religion und Sprachfächer wie Deutsch und Italienisch.

Das Themenbereich Partnerschaft und SexualpartnerIn wurde im Sexualkundeunterricht am wenigsten besprochen, alle anderen Themen wurden ausreichend bis sehr ausführlich unterrichtet. Die Mehrheit der Befragten empfand den Sexualkundeunterricht als informativ und interessant.

## **6.5 Das erste Mal**

---

Mehr als die Hälfte der Jungen und Mädchen hatten zum Zeitpunkt der Erhebung noch keinen Geschlechtsverkehr. Ähnlich wie bei der Studie von Köppel (2008) lag der Durchschnittsalter beim ersten Mal bei 15 Jahren. Die Mehrheit der Probanden und Probandinnen hat bei diesem ersten Mal an Verhütung gedacht. Das am häufigste verwendete Verhütungsmittel bei der Kohabitarche war das Kondom. Bei der momentanen Verhütung zeigt sich ein anderer Trend: deutlich mehr Mädchen verhüten mittels Hormonpille. Diese Ergebnisse sind ziemlich identisch mit der Studie von Köppel.

## **6.6 Verhütungsmittel**

---

### **6.6.1 Einstellung zu Verhütungsmitteln**

Nahezu alle Befragten sind der Meinung, dass beide Partner für die Verhütung zuständig sind. Ein geringer Teil der Probanden glaubt, dass der Mann bzw. die Frau für die Verhütung zuständig sei. Einige wenige nehmen es selbst in die Hand, und bis auf ein einziger Proband ist niemand der Meinung, dass Verhütung nicht notwendig ist.

### **6.6.2 Bekanntheit der Verhütungsmittel**

Das Kondom lag bei der Bekanntheit der Verhütungsmittel deutlich an erster Stelle, gefolgt von der Pille danach und die Hormonpille. Die Spirale, die Sterilisation und die Kalendermethoden sind ebenfalls einem erheblichen Anteil der Jungen und Mädchen bekannt.

Am wenigsten bekannt waren einige natürliche Verhütungsmittel wie der Verhütungscomputer und die Billings-Methode. Das Hormonpflaster, die Hormonstäbchen und die 3-Monats-Spritze waren den Mädchen besser bekannt als den Jungen. Diese hingegen kannten das Femidom, das Diaphragma und die Scheidezäpfchen besser als die Probandinnen.

### **6.6.3 Sicherheit der Verhütungsmitteln**

Bei der Frage nach der Sicherheit wurden Verhütungsmethoden wie die Sterilisation, das Kondom und die Hormonpille am häufigsten genannt. Auch die Spirale, die Pille danach und das Femidom sind für sehr viele Befragte sichere bzw. sehr sichere Verhütungsmethoden. Als ziemlich unsichere Verhütungsmethoden wurden der *Coitus interruptus*, die Billings-Methoden und der Verhütungscomputer genannt. Die Kalendermethode und die Temperaturmethode wurden von der Mehrheit der Befragten als sehr unsichere Verhütungsmethoden eingestuft.

Bei der Frage nach dem Schutz der Verhütungsmethoden vor sexuell übertragbaren Krankheiten wurde das Kondom an erster Stelle genannt. An zweiter Stelle wurde das Femidom genannt, gefolgt von der Sterilisation und dem Diaphragma. Es zeigte sich, dass auch die Studien von Köppel und Pöchhacker ähnliche Ergebnisse bezüglich der Bekanntheit und Einstufung der Sicherheit verschiedener Verhütungsmethoden liefern. Die Schüler und Schülerinnen kennen zwar die geläufigsten Verhütungsmethoden, sind aber über „aktuellere“ bzw. „modernere“ Verhütungsmittel eher wenig informiert. Auf Grund der breiten Auswahl verschiedener Verhütungsmittel wäre eine intensivere und aktuellere Informationsdarbietung der Empfängnisverhütung durchaus empfehlenswert.

### **6.6.4 Aufklärung**

Laut den Ergebnissen dieser Studie beträgt das ideale Aufklärungsalter 12 Jahre. Die Mehrheit der Befragten aller drei Muttersprachen ist dabei der Meinung, dass die Aufklärung von der Mutter übernommen werden sollte. An zweiter Stelle wurde der Vater und an dritter Stelle wurden die Freunde genannt.

## **6.1 Wissen über spezifische Sexualkundefragen**

---

### **6.1.1 Wissenswertes über die Frau**

Bei den konkreten Fragen über Sexualkunde hat die Mehrheit der befragten Jungen und Mädchen gewusst, wie lange der weibliche Menstruationszyklus in der Regel dauert und wann eine Frau schwanger werden kann. Die Mehrheit der weiblichen Befragten hat auch gewusst, wann der Eisprung stattfindet, wohingegen die Jungen eine falsche Antwort gegeben oder angegeben haben, die Antwort auf die Frage nicht zu wissen.

Bei der Frage nach der Dauer einer Schwangerschaft hatten sowohl die Jungen als auch die Mädchen aller drei Sprachen größere Schwierigkeiten. Die meisten haben angenommen, dass eine Schwangerschaft 35 und nicht 40 Wochen dauert. Die Frage nach der Dauer der Fruchtbarkeit einer Frau wurde hingegen wieder von der Mehrheit der Schüler und Schülerinnen richtig beantwortet.

Die Fragen nach der Befruchtungsfähigkeit einer Eizelle und der Bedeutung der Abkürzung PMS wurde von wenigen Probanden und Probandinnen richtig beantwortet. Die Mehrheit hat angegeben, die Antwort auf diese Fragen nicht zu wissen.

### **6.1.2 Wissenswertes über den Mann**

Die Fruchtbarkeit des Mannes wurde von den meisten Jugendlichen richtig eingeschätzt. Bei der Frage nach der Überlebensdauer der Spermien haben die Befragten sehr unterschiedlich geantwortet. Dennoch kann man zusammenfassend sagen, dass die Mehrheit der Meinung ist, dass Spermien drei bis vier Tage oder länger im Körper einer Frau überleben können.



### **6.1.3 Zuordnung verschiedener Organe**

Bei dieser Frage mussten die Probanden und Probandinnen verschiedene Organe bzw. körperliche Teile dem männlichen bzw. dem weiblichen Körper zuordnen. Ein Großteil der vorgegebenen Organe konnte von den meisten Befragten (vor allem den Deutschen) richtig zugeordnet werden. Am meisten Probleme bei der Zuordnung hatten die italienischen und ladinischen Befragten. Die Vorhaut, die Eileiter und die Prostata konnten nicht von allen Probanden und Probandinnen eindeutig dem einen oder anderen Geschlecht zugeordnet werden.

## **6.2 Information zum Thema Sexualität**

---

### **6.2.1 Gewünschte Themen**

Der Großteil der befragten Jugendlichen, unabhängig von ihrer Muttersprache, hätte gerne nähere Informationen zu den Themen Geschlechtskrankheiten, Schwangerschaft und Abtreibung. Auch das Thema Verhütungsmethoden und Partnerschaft bzw. SexualpartnerIn weckt bei vielen Jungen und Mädchen großes Interesse. Über das Thema Pubertät hingegen wollen nur wenige Jugendliche Näheres erfahren. Diese Themen sollten laut den meisten Befragten auch im Sexualkundeunterricht besprochen werden.

### **6.2.2 Form des Informationsangebots**

Die Mehrheit der befragten Jugendlichen hat angegeben, dass sie das zusätzliche Informationsangebot gerne in Form eines verpflichtenden Unterrichtsfaches hätten. Als zweite Möglichkeit hätten sie gerne ein Experte bzw. eine Expertin, der/ die als Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerin in der Schule zur Verfügung stehen sollte. Von den Jungen weniger bevorzugt werden eine Beratungsstelle und ein anonymer Telefondienst, von den Mädchen hingegen eine Homepage im Internet und ein anonymer Telefondienst.

### **6.3 Resümee**

---

Die Ergebnisse dieser Untersuchung haben gezeigt, dass die befragten Schüler und Schülerinnen über ein durchschnittliches Wissen im Bereich der Sexualität verfügen. Bei speziellen Fragen weisen einige Jugendliche jedoch mangelndes Wissen auf. Auch wenn sich Probanden finden lassen, die ihr Wissen über Sexualkunde sehr vertieft haben, herrscht im Allgemeinen ein relativ hoher Informationsbedarf.

Es konnte festgestellt werden, dass vor allem bei den Fragen zur Sicherheit der Verhütungsmittel und deren Schutz vor Geschlechtskrankheiten besondere Wissenslücken vorhanden sind. Auch einige allgemeine Fragen über den weiblichen und männlichen Körper konnten nicht immer richtig beantwortet werden.

Folgende Forderungen können für einen sinnvollen und effektiven Sexualkundeunterricht abgeleitet werden:

Um etwaige Wissenslücken seitens der Schüler und Schülerinnen entgegenzuwirken bzw. zu beseitigen ist ein altersgerechter und informationsreicher Sexualkundeunterricht in der Schule notwendig. Dabei sollte auch ein ausreichendes Maß an Stunden für diesen Unterricht zur Verfügung gestellt werden. Es wäre zudem auch wichtig und sinnvoll, nicht nur das Fach Biologie, sondern ebenso verschiedene Unterrichtsfächer mit der Besprechung der verschiedenen Themenbereiche zu beauftragen. In Fächern wie Religion, Psychologie, aber auch in Sprachfächern wie Deutsch und Englisch könnten Thematiken wie Partnerschaft, Sexualpartner, Abtreibung, usw. besprochen werden.

Die Tatsache, dass die Mehrheit der Befragten ein eigenes Unterrichtsfach für den Sexualkundeunterricht fordert, zeigt, wie wichtig und wie groß das Interesse für das Thema Sexualität ist. Obwohl die Sexualität uns ein Leben lang begleitet und wir täglich mit ihr konfrontiert werden, wird sie oft entweder tabuisiert oder falsch vermittelt. Eine intensive Auseinandersetzung in der Schule kann den Jugendlichen helfen, hinter die medialen Kulissen der Sexualität zu schauen und den wahren Wert und die wahre Bedeutung zu finden bzw. zu verstehen.

Der Sexualkundeunterricht bietet den Lehrpersonen viele Möglichkeiten, einen anschaulichen und didaktisch gut aufgearbeiteten Unterricht halten zu können. Vor allem im Bereich der Empfängnisverhütung gibt es heutzutage viele Möglichkeiten, den Schülern und Schülerinnen Anschauungsmaterial zu bieten (z.B. Verhütungskoffer). Zudem können außerschulische Experten bzw. Expertinnen einbezogen werden, die den Jugendlichen neue Impulse und Perspektiven bieten bzw. eigene Praxiserfahrung einbringen können, wodurch der Unterricht interessanter und informativer gestaltet werden kann.

Sexualerziehung und Sexualkundeunterricht ist nur dann sinnvoll, wenn an den Erfahrungen und Bedürfnissen der Jugendlichen angeknüpft wird und auf diesen aufgebaut wird. Um das in Erfahrung zu bringen, könnte man die Schüler und Schülerinnen vor dem Beginn des Sexualkundeunterrichts (z.B. in anonymer Briefform) kurz befragen, was sie sich unter dem Sexualkundeunterricht vorstellen und was sie von ihm erwarten. Die Lehrperson kann in der Folge auf die Bedürfnisse und Wünsche der Jugendliche eingehen und ihren Unterricht dementsprechend aufbauen.

## **7. ZUSAMMENFASSUNG**

Die dieser Diplomarbeit zugrunde liegende Erhebung über die Sexualerziehung in Südtirol wurde an 8 Schulen in Brixen, Bruneck und La Ila/Stern (Gadertal) durchgeführt. Insgesamt haben 542 Schüler und an dieser Umfrage teilgenommen. Untersucht wurden der Wissenstand und die Informationsquellen, aus denen die Jugendlichen ihr Wissen beziehen, die besprochenen Themen im Zuge des Sexualkundeunterrichts und die Wünsche der Schüler und Schülerinnen in Bezug auf mehr Information über die Thematik „Sexualität“.

Bei der Frage nach der Herkunft der Informationsquellen gab die Mehrheit der Mädchen den Unterricht, dicht gefolgt von den Freunden und von der Mutter an. Die Jungen gaben als primäre Informationsquelle die Freunde an, an zweiter Stelle den Unterricht und an dritter Stellen das Internet. Ihr eigenes Wissen bezüglich der Sexualität stuften die meisten Befragten aller drei Sprachen als gut ein, nur ca. 2% empfinden es als nicht ausreichend.

Bei der Frage nach den im Unterricht besprochenen Themen ist die Mehrzahl der befragten Jugendlichen der Meinung, dass bis auf das Thema Partnerschaft und SexualpartnerIn alle anderen Themen sehr ausführlich besprochen wurden. Für die meisten Befragten war der Sexualkundeunterricht informativ und interessant. Im Jahr der Erhebungsdurchführung hatten die meisten Befragten keinen Sexualkundeunterricht. Viele Jugendliche gaben an, den Sexualkundeunterricht entweder in der Mittelschule oder in der 2. Oberschule gehabt zu haben.

Bei der Bekanntheit der Verhütungsmethoden lag das Kondom bei beiden Geschlechtern und bei jeder Muttersprache an erster Stelle. An zweiter Stelle wurde die Pille danach genannt, dicht gefolgt von der Hormonpille und der Spirale. Am wenigsten bekannt sind natürliche Kontrazeptiva wie die Billings-Methode und der Verhütungscomputer. Was die Sicherheit der Verhütungsmethoden anbelangt, so wurden von der Mehrheit der Jugendlichen die Sterilisation und das Kondom als sichere bzw. sehr sichere Kontrazeptiva angegeben. Am wenigsten sicher wurden die Kalendermethode und die Temperaturmethode angesehen. Was den Schutz der Kontrazeptiva vor sexuell übertragbaren Krankheiten betrifft, so wurde hier von der Mehrzahl das Kondom bzw. das Femidom angeführt. Für 80,3% der Jungen und 94,3% der Mädchen ist es sehr wichtig, dass die von ihnen gewählte

Verhütungsmethode große Sicherheit vor einer ungewollten Schwangerschaft bietet. Die Informationen über die Verhütungsmethoden beziehen die meisten Jungen und Mädchen aus der Schule bzw. dem Sexualkundeunterricht. Beide Geschlechter haben Freunde als weitere Informationsquelle angegeben, die Mädchen auch die Mutter und Zeitschriften, die Jungen hingegen Fernsehen/Video und Internet.

Einige Wissensfragen über die Frau wie die Dauer der Menstruationsphase, die fruchtbaren Tagen im Zyklus der Frau und ihre durchschnittliche Fruchtbarkeit, konnten von der Mehrheit der Jugendlichen richtig beantwortet werden. Fragen über die Dauer einer Schwangerschaft, die Befruchtungsfähigkeit einer Eizelle und die Abkürzung PMS bereiteten den Befragten mehr Schwierigkeiten. Wissensfragen über die Dauer der Fruchtbarkeit des Mannes wurden von der Mehrheit der Jungen und Mädchen richtig beantwortet. Die Frage nach der Dauer der Überlebensfähigkeit der Spermien im Körper der Frau wurde ganz unterschiedlich beantwortet. Die Zuordnung einiger Organe zum männlichen bzw. weiblichen Körper bereitete einigen Schwierigkeiten, vor allem den Jugendlichen italienischer und ladinischer Muttersprache.

Bei der Frage nach weiteren Themenbereichen, über die die Jugendlichen gern mehr Information haben wollen, gab die Mehrzahl der Befragten das Thema „Geschlechtskrankheiten“ an. An zweiter Stelle wurde die „Abtreibung“ und an dritter Stelle die „Schwangerschaft“ genannt. Das Thema „Pubertät“ wollen nur die wenigsten näher behandeln. In ähnlicher Folge sollten diese Themen auch im Sexualkundeunterricht besprochen werden. Bei der Art der Vermittlung bzw. Informationsdarbietung würde über die Hälfte der Jungen und Mädchen ein verpflichtendes Unterrichtsfach bevorzugen. Weiters nennen sie einen Experten bzw. eine Expertin in der Schule bzw. die Möglichkeit des Sexualkundeunterrichts als Freifach.

Zum Zeitpunkt der Befragung hatte der Großteil aller Mädchen bereits ihre erste Menstruation. Der Durchschnitt des Menarchealters liegt bei 12 Jahren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Wissensstand der Jugendlichen als durchschnittlich bezeichnet werden kann. Bei einigen Fragen erkennt man jedoch, speziell bei den Italienisch und Ladinisch sprechenden Befragten, einen deutlichen Wissensmangel, welcher behoben werden sollte.

## **8. SCHLUSSFOLGERUNG**

Die Ergebnisse der vorliegenden Diplomarbeit zeigen, dass viele Schüler und Schülerinnen bei einigen Themenbereichen der Sexualität mangelndes bzw. falsches Wissen aufweisen. Einige Beispiele dafür wären der Zeitpunkt des Eisprungs, die Dauer der Befruchtungsfähigkeit einer Eizelle oder die Dauer der Überlebensfähigkeit der Spermien im Körper einer Frau. Viele Jungen und Mädchen beider Schulstufen wussten nicht viel mit diesen Fragen anzufangen. Wenngleich diese Fragen sehr detailliert sind, sind sie doch von großer Bedeutung um die Körperfunktionen zu verstehen und den Zusammenhang verschiedener Faktoren zu veranschaulichen. Nur so können Jugendliche besser verstehen, wie der eigenen Körper und der Körper des Partners bzw. der Partnerin funktioniert und wann besondere Vorsicht geboten ist.

Da Jugendliche heutzutage durch die Medien wie der Fernseher, Videos, Handys und Internet ständig mit sexuellen und zum Teil pornographischen Material konfrontiert werden und immer früher sexuelle Erfahrungen machen, wird eine effiziente und altersgerechte aber vor allem mediengerechte Sexualerziehung im Elternhaus und in der Schule immer wichtiger. Die Heranwachsenden sollen alle Seiten der Sexualität kennen lernen um sich selber einen Bild machen zu können und die eigene Sexualität möglichst „normal“ entdecken zu können.

Für mich als zukünftige Lehrerin sind die Ergebnisse von Bedeutung aber vor allem die Erfahrungen, die ich bei der Befragung selbst erlebt habe. Ich habe bei der Umfrage das große Interesse für das Thema Sexualität regelrecht spüren können. So hatten viele Schüler und Schülerinnen, nachdem sie die Fragebögen ausgefüllt hatten, eine Reihe von Fragen an mich. Dadurch ist mir klar geworden, dass die Jugendlichen viele unbeantwortete Fragen haben und offene, ehrliche und authentische Antworten suchen.

Es ist also von großer Wichtigkeit, dass der Sexualkundeunterricht schülerInnen- und bedürfnisorientiert gestaltet wird. Er sollte in keiner gespannten Umgebung, sondern in einer vertrauenswürdigen, scheulosen und authentischen Atmosphäre stattfinden. Nur so fühlen sich die Jugendlichen in ihrer Problemen und Fragen ernsthaft

angenommen und akzeptiert. Um den Einstieg zu erleichtern bzw. das Eis zu brechen sollten die Schüler und Schülerinnen im Vorfeld kurz über das zu besprechende Thema informiert werden und anschließend eine anonyme Fragenliste erstellen. Dadurch bekommt die Lehrperson bereits einen kurzen Eindruck über den aktuellen Wissenstand der Schüler und Schülerinnen und kann den Sexualkundeunterricht nach ihren Wünschen und Bedürfnissen gestalten. Solche Themen, die die Schüler und Schülerinnen besonders interessieren, können folglich intensiver und genauer besprochen werden bzw. jene die weniger Interesse wecken, können kürzer gehalten werden.

Nicht nur beim Sexualkundeunterricht sondern bei jeglicher Art des Unterrichts ist es besonders wichtig einen Alltagsbezug herzustellen. Dies kann durch Anschauungsmaterial und persönliche bzw. personennahen Erfahrungen erreicht werden. So können z.B. die verschiedensten Verhütungsmethoden mitgenommen und im Unterricht gezeigt werden. Die Jugendlichen können sich dadurch einen besseren Überblick über die unterschiedlichen Verhütungsmethoden verschaffen, ohne sich gleich selber alle Verhütungsmethoden besorgen zu müssen. Hier bieten zahlreiche Pharmafirmen kostenloses Anschauungsmaterial für Schulen an.

Mittlerweile gibt es, nachdem die Sexualerziehung in den letzten Jahren immer mehr an Wichtigkeit gewonnen hat, zahlreiche sexualpädagogische Literatur, die praktische Beispiele anführen, die man in den Sexualkundeunterricht einbinden kann. Auch im Internet findet man inzwischen seriöse Seiten wie [www.sexualaufklaerung.de](http://www.sexualaufklaerung.de) oder [www.sexwecan.at](http://www.sexwecan.at), die umfangreiche Informationen zum Thema Sexualität bzw. kleine Filmchen bieten, die in den Unterricht integriert werden können.

Ich glaube, dass es heutzutage viele Möglichkeiten gibt, interessanten, schülerorientierten, effizienten und informativen Sexualkundeunterricht zu halten. Man soll als Lehrer bzw. Lehrerin offen für Neues und für die diversen Möglichkeiten sein und sich trauen, das Thema „Sexualität“ anzusprechen und Verschiedenes auszuprobieren.

## **9. ABSTRACT**

The study underlying this diploma thesis about sex education was done in eight schools in South Tyrol. Altogether, 542 students took part in this survey. The test subjects were between fourteen and eighteen years old. The students' knowledge, their source of information, as well as the topics discussed in sex education were investigated.

When asked about their primary source of information, 63,9% of the female students mentioned school lectures as opposed to 61,9% of the male students who mentioned friends. As second sources the female students quoted friends and their mothers, while the male students quoted school lectures and the internet.

When asked to assess their sexual knowledge most of the students considered their knowledge as good. About 20% of the people thought their knowledge to be very good and only approximately 2% found their knowledge not sufficient.

The students were also asked about how thoroughly respective topics were discussed in their sex education classes. Most of the students mentioned that topics like puberty, sexual organs, venereal diseases, contraceptives, pregnancy, and birth were discussed sufficiently. Only the issue of partnership or sex-partners was not, or only insufficiently, discussed.

When asked about contraceptives most of the students knew condoms, the morning-after pill and the pill. The majority of students found that sterilisation and condoms were very safe contraceptive methods. According to them, the condom is the best protection against genital diseases.

Other subjects which sparked interest were venereal diseases, following abortion and pregnancy. When asked about the form in which additional information should best be provided, the majority of the boys and girls mentioned obligatory lectures. Their second choice was experts at school.

The impressions the students got from sex education differ from student to student. The majority of the students think that their lessons were informative and interesting.



## 10. LITERATURVERZEICHNIS

Ausfelder, Trude (2004. a): *Alles, was Mädchen wissen wollen. Infos & Tipps für die aufregendsten Jahre im Leben.* Erika Klopp Verlag GmbH, Hamburg.

Ausfelder, Trude (2004. b): *Alles, was Jungen wissen wollen. Infos & Tipps für die aufregendsten Jahre im Leben.* Erika Klopp Verlag GmbH, Hamburg.

Buchta, Annelise (2007): *300 Fragen zu Sex & Partnerschaft.* Gräfe und Unzer Verlag GmbH, München.

*Bundesministerium für Unterricht; Kunst und Kultur.* Lehrplan für die Unterstufe der allgemein bildenden höheren Schulen – AHS. Unterrichtsfach Biologie und Umweltkunde.

Online im www unter URL (letzter Zugriff 12.11.2010):

[http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/lp/lp\\_ahs\\_unterstufe.xml](http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/lp/lp_ahs_unterstufe.xml)

*Bundesministerium für Unterricht; Kunst und Kultur.* Lehrplan für die Oberstufe der allgemein bildenden höheren Schulen – AHS. Unterrichtsfach Biologie und Umweltkunde.

Online im www unter URL (letzter Zugriff: 09.12.10):

[http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/lp/lp\\_ahs\\_oberstufe.xml](http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/lp/lp_ahs_oberstufe.xml)

*Bundesministerium für Unterricht; Kunst und Kultur.* Grundsatzterlass „Sexualerziehung in den Schulen“ Februar 1990.

Online im www unter URL (letzter Zugriff: 09.12.10):

[http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/prinz/Unterrichtsprinzipien\\_Se1597.xml](http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/prinz/Unterrichtsprinzipien_Se1597.xml)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2006): *Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-jährigen und ihren Eltern.* Köln.

Campbell, Neil A./Reece, Jane B. (2003): *Biologie*. Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg, Berlin.

Cheers, Gordon (Hrsg) (2007): *Anatomica – Körper und Gesundheit. Das komplette Nachschlagewerk*. Tandem Verlag GmbH.

*Der Brockhaus in einem Band* (2006): 12., aktualisierte Auflage. F.A Brockhaus GmbH, Leipzig.

DocCheck-Flexikon - Online Medizinlexikon: *Definition Kontrazeption*.

Online im www unter URL:

<http://flexikon.doccheck.com/Kontrazeption> (letzter Zugriff 07.11.2010)

Faller, Adolf/Schünke, Michael (1966, 2004): *Der Körper des Menschen. Einführung in Bau und Funktion*. 14., aktualisierte und erweiterte Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Fiedler, Peter (2010): *Sexualität*. Philipp Reclam jun. GmbH & Co. KG, Stuttgart.

Frauenärzte im Netz: Ihre Experten für Frauengesundheit: *Geschichte der Verhütung*.

Online im www unter URL:

[http://www.frauenaerzte-im-netz.de/de\\_geschichte-der-verhuetung-verhuetung-damals\\_664.html](http://www.frauenaerzte-im-netz.de/de_geschichte-der-verhuetung-verhuetung-damals_664.html) (letzter Zugriff 07.11.2010)

*Gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruches in Italien.*

Online im www unter URL (letzter Zugriff 12.11.2010):

[http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/RU\\_486/legge194.pdf](http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/RU_486/legge194.pdf)

*Gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruches in Österreich.*

Online im www unter URL (letzter Zugriff 11.11.2010):

<http://abtreibung.at/fur-ungewollt-schwangere/das-gesetz/osterreich>

Gewerkschaft Bildung und Wissenschaft. *Überarbeitete Rahmenrichtlinien für die Oberstufe Südtirol.*

Online im www unter URL (letzter Zugriff: 18.01.2011)

<http://www.gbw-flc.it/22d2331.html>

GynWeb: *Verhütungsmittel Kondom.*

Online im www unter URL (letzter Zugriff: 07.11.2010):

<http://www.gynweb.de/verhuetung/verhuetungsmittel/kondom/>

Haeberle, Erwin J. (1985): *Die Sexualität des Menschen. Handbuch und Atlas.* 2., erweiterte Auflage. Nikol Verlagsgesellschaft mbH & Co, Hamburg.

Haeberle, Erwin J. (2005): *dtv-Atlas Sexualität.* Deutscher Taschenbuch Verlag, München.

Hatt, Hanns/Dee, Regine (2008): *Das Maiglöckchen-Phänomen. Alles über das Riechen und wie es unser Leben bestimmt.* Pieper Verlag GmbH, München.

Hoffman, Simone (2007): *Verhütung – Zyklus – Kinderwunsch.* Knaur Taschenbuch, München.

Kirchengast, Sylvia (2007): *Sexualbiologie.* Vorlesungsskript.

Kluge, Norbert (1989): *Sexualität und Erziehung – Sexualerziehung am Scheideweg.* In: Auer und Frantsits (S. 178-204)

Kluge, Norbert (1998): *Aufklären statt Verschweigen – Informieren statt Verschleiern.* Peter Lang - Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main; Berlin; Bern; New York; Paris; Wien.

Köppel, Barbara (2008): *Sexualkundeunterricht in der Schule, eine Evaluierung des Sexualkundeunterrichts an AHS Oberstufen in Niederösterreich.* Diplomarbeit.

LEBE – Bewegung für das Leben (Südtirol). *Italienisches Abtreibungsgesetz.*

Online im www unter URL (letzter Zugriff 12.11.2010):

[http://www.bewegung-fuer-das-leben.com/italienisches\\_abtreibungsgesetz.html](http://www.bewegung-fuer-das-leben.com/italienisches_abtreibungsgesetz.html)

Müller, Werner A./Hassel, Monika (1999, 2003, 2006): *Entwicklungsbiologie und Reproduktionsbiologie von Mensch und Tieren*. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Springer-Verlag Berlin, Heidelberg.

Millhoffer, Petra (2000): *Wie sie sich fühlen, was sie sich wünschen. Eine empirische Studie über Mädchen und Jungen auf dem Weg in die Pubertät*. Juventa Verlag, Weinheim und München.

News.at: Österreich: jedes zweite Kind besitzt Fernseher und Handy.

Online im www unter URL (letzter Zugriff: 12.12.10):

[http://www.news.at/articles/0333/548/62791\\_s1/oesterreich-jedes-2-kind-fernseher-handy](http://www.news.at/articles/0333/548/62791_s1/oesterreich-jedes-2-kind-fernseher-handy)

Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hrsg.) (2002): *Entwicklungspsychologie*. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Beltz Verlage, Weinheim, Basel, Berlin.

Onmeda: Für meine Gesundheit: *Ratgeber über Verhütung*.

Online im www unter URL:

<http://www.onmeda.de/ratgeber/verhuetung> (letzter Zugriff 07.11.2010)

Österreichs größtes Portal zu Schwangerschaft, Geburt, Baby und Kinderwunsch: *Abtreibungspille*.

Online im www unter URL (letzter Zugriff 11.11.2010):

<http://www.schwangerschaft.at/de/schwangerschaft-mutter-werden/ungewollt-schwanger/article.abtreibungspille.html>

Pöchhacker, Sabrina (2006): „Let's talk about sex“. Sexualerziehung in der Schule. Eine statistische Analyse der behandelten Themen, Informationsquellen und des Wissensstandes von SchülerInnen der 2. bis 5. Klassen AHS. Diplomarbeit.

Pro familia – Broschüre: *Körper und Sexualität. Schwangerschaftsabbruch*. Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.  
Online im www unter URL (letzter Zugriff: 12.11.10):

[http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Reihe\\_Koerper\\_und\\_Sexualitaet/schwangerschaftsabbruch.pdf](http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Reihe_Koerper_und_Sexualitaet/schwangerschaftsabbruch.pdf)

Pro familia – Broschüre (1980): *Körper und Sexualität. Sexuell übertragbare Geschlechtskrankheiten*. Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.

Online im www unter URL (letzter Zugriff: 12.11.10):

[http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Reihe\\_Koerper\\_und\\_Sexualitaet/sexuell\\_uebertragbare\\_krankheiten.pdf](http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Reihe_Koerper_und_Sexualitaet/sexuell_uebertragbare_krankheiten.pdf)

Rahmenrichtlinien Unterstufe – Anlagebeschluss der Landesregierung.

Online im www unter URL (letzter Zugriff: 18.01.2011)

[http://www.blick.it/angebote/schulegestalten/se\\_suedtirol/documents/Rahmenrichtlinien\\_Unterstufe.pdf](http://www.blick.it/angebote/schulegestalten/se_suedtirol/documents/Rahmenrichtlinien_Unterstufe.pdf)

Rammel, Brigitta (2009): *Aufklärungsunterricht in Schulen – Eine empirische Untersuchung über Möglichkeiten und Grenzen schulischer und außerschulischer Angebote zur Sexualpädagogik*. Magisterarbeit.

Rogge, Jan-Uwe (2008): *Von wegen aufgeklärt. Sexualität bei Kindern und Jugendlichen*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg.

Schmidt, Renate-Berenike/Schetsche, Michael (1998): *Jugendsexualität und Schulalltag*. Leske + Budrich, Opladen.

Schoonbrood, Esther (2008): *Erklär mir die Liebe! Gefühle, Körper, Sex: worüber Frauen mit Mädchen sprechen sollten*. Verlag Zabert Sandmann, München.

Schülerduden Biologie (2003): *Ein Lexikon zum Biologieunterricht*. Dudenverlag, Mannheim.

Schütz, Esther Elisabeth/Kimmich, Theo (2006): *Körper und Sexualität. Entdecken, verstehen, sinnlich vermitteln*. Atlantis/pro juventute, Zürich.

Seikowski, Kurt (Hrsg.) (2005): *Sexualität und Neue Medien*. Pabst Science Publischers, Lengerich.

Sielert, Uwe/Valtl Karlheinz /Hrsg.) (2000): *Sexualpädagogik lehren. Didaktische Grundlagen und Materialien für die Aus- und Fortbildung*. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Statistik Austria: *Haushalte mit Internetzugang 2010*.

Online im www unter URL (letzter Zugriff: 12.12.10):

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz\\_in\\_haushalten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/index.html)

Statistik Austria: *Übertragbare Krankheiten*.

Online im www unter URL (letzter Zugriff 10.11.2010):

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/ueb-ertragbare\\_krankheiten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/ueb-ertragbare_krankheiten/index.html)

Valtl, Karlheinz (1998): *Sexualpädagogik in der Schule. Didaktische Analysen und Materialien für die Praxis*. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Walter, Hubert (1978): *Sexual- und Entwicklungsbiologie des Menschen*. Thieme Verlag, Stuttgart.

Welt der Wunder: *Verhütungsmethoden im Mittelalter und in der Antike*.

Online im www unter URL:

<http://weltderwunder.de.msn.com/history-gallery.aspx?cp-documentid=154483846&page=6> (letzter Zugriff 08.11.2010)

Wuketits, Franz M. (2000): *Evolution. Die Entwicklung des Lebens*. Verlag C.H. Beck oHG, München.

### **11.1 Grundsatzерlass „Sexualerziehung in den Schulen“**

---

*Hiermit erfolgt eine unveränderte Wiederverlautbarung des unter GZ 36.145/28-I/10/90 vom 23. Oktober 1990 ergangenen Rundschreibens Nr. 216/1990.*

Zur Förderung der Sexualerziehung im Unterricht an den Schulen werden folgende Richtlinien bekannt gegeben:

#### **1. EINLEITUNG**

Die in § 2 des Schulorganisationsgesetzes fest gehaltenen Aufgaben der österreichischen Schule bezeichnen jene Bildungs- und Erziehungsziele, mit denen die Entwicklung der Anlagen der Jugend, ihre Kenntnisse und Fertigkeiten im Interesse der Gesamterziehung und der Persönlichkeitsentwicklung entsprechend gefördert werden können. In den auf Grund des Schulorganisationsgesetzes erlassenen Lehrplänen werden die Vermittlungsinhalte für diese Bildungs- und Erziehungsarbeit ausgeführt.

Gemessen daran hat die Schule die Aufgabe, mit einer offenen, zeitgemäßen und werterfüllten Orientierung an der Bewusstseinsbildung der Schüler und Schülerinnen in Fragen der Sexualität und Partnerschaft mitzuwirken.

Der Erlass "Sexualerziehung in den Schulen" vom 24. November 1970 (Rundschreiben Nr. 193/1970) wurde unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisse des vom Bundesministerium für Unterricht und Kunst auf Anregung des Elternbeirates im September 1969 veranstalteten Expertenseminars "Sexualerziehung" erstellt. Er enthält detaillierte Richtlinien für die Bildungs- und Erziehungsarbeit im Bereich der Sexualerziehung nach den damals geltenden Lehrplänen, die in den Abschnitten "Allgemeine Grundsätze, Hinweise zum Lehrplan und Erläuterungen zur Durchführung" ausgeführt sind. In Hinblick auf die mittlerweile geänderten Lehrplanbestimmungen sowie unter Bedachtnahme auf die derzeit geltenden schulgesetzlichen Grundlagen ist eine Aktualisierung des Erlasses "Sexualerziehung in den Schulen" geboten.

Die dabei im Abschnitt "Allgemeine Grundsätze" ausgeführten Aufgaben und Ziele der Sexualerziehung werden auf Grund der seinerzeit erzielten Übereinstimmung in der Fassung des Grundsatzerlasses aus 1970 unverändert wiedergegeben.

## **2. ALLGEMEINE GRUNDSÄTZE**

Kinder und Jugendliche sind in der heutigen Zeit vielschichtigen Einflüssen ausgesetzt. Ein rascher Wandel gesellschaftlicher Normen macht die Jugend unsicher. Eine zeitgemäße Pädagogik muss dieser Entwicklung Rechnung tragen, indem sie die Schüler und Schülerinnen im Reifungs- und Bildungsprozess entsprechend begleitet. Dies trifft besonders auf die geschlechtliche Entwicklung zu, die für das Kind/den Jugendlichen von eminenter persönlicher Bedeutung ist.

In der Sexualität ist von einer biologisch fundierten Basis auszugehen; die Schule hat aber nicht nur die Aufgabe, sexualkundliche Information zu vermitteln, sondern auch echte Lebenshilfe zu bieten.

Die Sexualerziehung soll nicht wertfrei sein. In unserer pluralistischen Gesellschaft gibt es aber in diesem Bereich keine einheitlichen Auffassungen. Dementsprechend sind die Leitvorstellungen der verschiedenen Gesellschaftsgruppen zur Sexualerziehung sachlich darzulegen (Aufbau eines Wertwissens) und im Geiste gegenseitiger Achtung zu diskutieren. Die Schüler und Schülerinnen sollen erfahren, dass in einem Bereich, der die Intimsphäre des einzelnen Menschen berührt, ein Zusammenleben ohne sittliche Normen nicht möglich ist. Denn nur auf Grund seiner persönlichen Überzeugung fühlt sich der Mensch dafür verantwortlich, für den Nächsten Sorge zu tragen und auf den Partner/die Partnerin Rücksicht zu nehmen, sowohl in der Familie als auch in der Gesellschaft. Kinder und Jugendliche werden den negativen Einflüssen der Umwelt – im besonderen der Vermarktung von Sexualität durch Werbung, Presse, Film, Literatur und Vergnügungsindustrie – nur dann den nötigen inneren Halt und Widerstand entgegensetzen können, wenn sie zu einer echten Wertordnung erzogen wurden und gelernt haben, sich für wertvolle Ziele – auch unter manchen Opfern – einzusetzen.

Die Sexualerziehung ist als Teil der Gesamterziehung anzusehen; die Zusammenarbeit mit dem Elternhaus ist daher von besonderer Bedeutung. Vorhandenes Wissen über Sexualität ist in der Schule zu ergänzen, zu vertiefen und gegebenenfalls zu berichtigen. Dies kann nicht die Aufgabe eines einzelnen Unterrichtsgegenstandes sein. Im Sinne eines Unterrichts- und Erziehungsprinzips hat die Behandlung dieser Thematik von den verschiedenen Gesichtspunkten der einzelnen Unterrichtsgegenstände zu erfolgen, wie dies auch in den Lehrplänen vorgesehen ist. Mit den Religionslehrern/Religionslehrerinnen ist in Hinblick auf eine



Konzentration des Unterrichtes das Einvernehmen zu pflegen. Wo es zweckmäßig und notwendig erscheint, können auch außerschulische Fachleute beigezogen werden.

### **3. SEXUALERZIEHUNG ALS UNTERRICHTSPRINZIP**

Aus dem Bemühen der Schule, den Erfordernissen der Gegenwart und der vorhersehbaren Zukunft gerechnet zu werden, erwächst den Lehrplänen die Aufgabe, bestimmte aktuelle Bildungsziele und Inhalte besonders zu akzentuieren.

Da diese Ziele und Inhalte nicht einem oder wenigen Unterrichtsgegenständen zugeordnet werden können, sondern meist nur Teilaspekte einzelner Gegenstände darstellen, müssen sie als fachübergreifende Lernbereiche im gesamten Unterricht wirksam werden. Es handelt sich hier primär um den Aufbau bestimmter Einstellungen und Verhaltensweisen, die durch Wissensvermittlung allein nicht erreicht werden.

Die Orientierung in Fragen der Sexualität und Partnerschaft erfordert in besonderem Maße diese interdisziplinäre Vermittlung, die als eine Kombination stofflicher, methodischer und erzieherischer Anforderungen im Zusammenwirken vieler oder aller Unterrichtsgegenstände erfolgt.

Die Verwirklichung der Sexualerziehung im Unterricht bedarf ferner einer wirksamen Koordination der einzelnen Unterrichtsgegenstände unter Ausnützung ihrer Querverbindungen sowie der Beachtung der Bildungs- und Erziehungsanliegen anderer Unterrichtsprinzipien.

Dieser Aufgabe kann durch eine systematische, an Schwerpunktthemen orientierte Unterrichtsplanung in geeigneter Weise entsprochen werden.

### **4. HINWEISE ZUR DURCHFÜHRUNG**

#### **4.1 Schwerpunkte der Vermittlung**

Sexualerziehung wird als integrierender Teil der Gesamterziehung Kindern und Jugendlichen im besonderen Maße helfen, ihre persönliche Identität zu finden, indem sie lernen, ihren Entscheidungen und Handlungen zutreffende sowie ausreichende Argumente und Motive zu Grunde zu legen.

Die Vertiefung des Wissens und das Hinführen zu persönlichen Wertvorstellungen sollen zu einer tief greifenden und lebenslang wirksamen Bewusstseinsbildung führen, wodurch Sexualität als wichtiger, natürlicher und positiver Aspekt unseres Menschseins erfahrbar wird.

Bei der Bewältigung dieser Aufgabe ist es wichtig, dass Lehrer und Lehrerinnen als begleitende Bezugspersonen eine Kommunikation im Sinne partnerschaftlicher Auseinandersetzung ermöglichen.

Auf die Fragehaltungen und Informationsbedürfnisse der Schüler und Schülerinnen in den verschiedenen Altersstufen, auf ihre Individuallage und die jeweilige Sozialstruktur der Klasse/Gruppe ist Rücksicht zu nehmen. Auf persönliche Fragestellungen und Probleme soll in beratenden Einzelgesprächen eingegangen werden. Ein getrennter Unterricht von Schülern und Schülerinnen kann – je nach den pädagogischen Erfordernissen und unter Bedachtnahme auf die Entwicklungsstufe – Anwendung finden.

Der Unterricht zu Fragen der Sexualität und Partnerschaft soll in einer Atmosphäre des Vertrauens sachlich und frei von jeglichem Pathos geführt werden. Dabei ist eine offene und natürliche Sprache zu pflegen, die Ausdrucksfähigkeit für den Sexualbereich aufzubauen und ein entsprechendes Sprachverhalten zu entwickeln.

Auf Vulgärausdrücke oder abwertende Äußerungen der Schüler und Schülerinnen wird der Lehrer/die Lehrerin im Rahmen des Unterrichtes entsprechend taktvoll eingehen.

#### **4.2 Planung und Durchführung der Sexualerziehung**

Zu Beginn des Schuljahres wird in der Lehrerkonferenz die Gesamtplanung der Sexualerziehung abzuklären sein. Der Schulleiter/die Schulleiterin hat diese Erziehungsarbeit an der Schule zu koordinieren und auf die pädagogische Zusammenarbeit der Lehrer und Lehrerinnen hinzuwirken. In der Lehrerkonferenz ist auch der Plan für Elternberatungen (Elternabende) aufzustellen.

Aufgabe der Klassenlehrer/innen bzw. der Klassenvorstände wird es im besonderen sein, den sexualpädagogischen Unterricht in den einzelnen Klassen aufeinander abzustimmen und in Klassenkonferenzen die Ergebnisse zu besprechen, bzw. auf die für den Unterricht maßgebliche erzieherische Situation der einzelnen Schüler und Schülerinnen einzugehen.

### **4.3 Zusammenarbeit mit den Eltern/Erziehungsberechtigten**

Sexualerziehung ist die primäre Aufgabe der Eltern/Erziehungsberechtigten. Im Unterricht an den Schulen wird daher in steter Zusammenarbeit mit dem Elternhaus diese Bildungs- und Erziehungsarbeit durch Vermittlung entsprechender Wissensinhalte und Verhaltensweisen umfassend zu ergänzen, zu vertiefen und gegebenenfalls zu korrigieren sein.

In einer Elternversammlung in den ersten Monaten des Schuljahres ist vor allem in der Grundschule die Sexualerziehung in Elternhaus und Schule aufeinander abzustimmen. Die Aussprache mit den Eltern hat im Rahmen einer Klassenelternberatung stattzufinden, wobei altersspezifische Fragen und Unterrichtsinhalte der Sexualerziehung eingehend zu besprechen sind. Die Orientierung im Unterricht soll erst nach einer angemessenen Zeit beginnen, damit die Eltern ausreichend Gelegenheit zum Gespräch mit ihren Kindern haben.

Durch die Empfehlung geeigneter Literatur können die Eltern in der Erfüllung ihrer Aufgabe von der Schule unterstützt werden. Die zur Anwendung gelangenden Unterrichtsmittel und Lehrbehelfe sind auch den Eltern vorzustellen, und es ist ausreichend Gelegenheit zur Diskussion zu geben.

Für den Erfolg des Sexualunterrichtes ist ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Lehrern/Lehrerinnen und Eltern erforderlich. Besonders die Eltern der Schüler und Schülerinnen der Grundschule sind rechtzeitig darüber zu informieren, welche Richtlinien in der Schule gelten und welche Themen im Unterricht vorgesehen sind.

### **4.4 Mitwirkung der Schulgemeinschaft**

Der Schulgemeinschaft (Schulpartnerschaft) als Forum des Zusammenwirkens von Lehrer/n/innen, Schüler/n/innen und Erziehungsberechtigten (§ 2 SchUG) kommt im Bereich der schulischen Sexualerziehung erhöhte Verantwortung zu. So werden Maßnahmen der Sexualerziehung der gemeinsamen Beratung zwischen Lehrern/innen und Erziehungsberechtigten im Rahmen von Klassenelternberatungen (§ 62 SchUG) obliegen; aber auch die Elternvereine (§ 63 SchUG), das Klassen- und Schulforum (§ 63a SchUG) und der Schulgemeinschaftsausschuss (§ 64 SchUG) werden aufgrund der diesen Gremien zukommenden Beratungskompetenz bei wichtigen Fragen des Unterrichts und der Erziehung in die Planung der schulischen Sexualerziehung eingebunden werden müssen.

#### **4.5 Maßnahmen zur Unterstützung der Sexualerziehung**

Ansprechpartner beim Auftreten persönlicher Probleme und Schwierigkeiten im Erleben der Schüler und Schülerinnen sind auch die Schulpsycholog/en/innen und die mit ihnen bzw. mit anderen Beratungsinstitutionen zusammenarbeitenden Schüler- und Bildungsberater/innen. Auf diese wertvolle Beratungstätigkeit soll bei der Orientierung in Fragen der Sexualität und Partnerschaft entsprechend Bedacht genommen werden.

Gemäß § 66 Abs. 3 SchUG ist der Schularzt/die Schulärztin in Angelegenheiten der Gesundheitserziehung zur Teilnahme an Lehrerkonferenzen oder Sitzungen des Klassen- und Schulforums bzw. des Schulgemeinschaftsausschusses mit beratender Stimme einzuladen. In Hinblick darauf wird empfohlen, für die Durchführung des Unterrichtes zu biologisch-medizinischen Themen der Sexualität eine enge Zusammenarbeit mit dem Schularzt/der Schulärztin sowohl in der Planung als auch in der Umsetzung von Informationsmaßnahmen zur Sexualerziehung vorzusehen.

Auch besondere Unterrichtsveranstaltungen können im Rahmen der Sexualerziehung durchgeführt werden (Beziehung schulfremder Personen). Dabei sollen zur Behandlung spezieller medizinischer und psycho-sozialer Fragen Experten/innen herangezogen werden. (Werden schulfremde Ärzte/innen eingeladen, so möge das Einvernehmen mit dem Landesschularzt/der Landesschulärztin hergestellt werden.)

Zur Unterstützung der Bewusstseinsbildung im Rahmen der Sexualerziehung soll insbesondere dem verstärkten Einsatz audio-visueller Unterrichtsmittel entsprochen sowie die Bereitstellung ausreichender Jugendbücher (Belletristik und Sachbücher) zu Fragen der Sexualität und Partnerschaft in den Schulbibliotheken vorgesehen werden. Weiters wird es notwendig sein, die Lehrerbibliotheken mit einschlägiger Fachliteratur auszustatten.

#### **4.6 Lehrerfortbildung**

In Form von Lehrerarbeitsgemeinschaften werden im Bereich der einzelnen Landesschulräte Möglichkeiten zu bieten sein, sich mit der speziellen Didaktik und Methodik dieses Gebietes auseinander zu setzen und Anregungen und Erfahrungen auszutauschen. Im Rahmen der Lehrerfortbildung wird dieses Aufgabengebiet besonders zu berücksichtigen sein. Insbesondere darf in Zusammenhang mit der Bereitstellung der "Materialien zur Sexualerziehung – Partnerschaft: Liebe mit

Verantwortung" auf das Erfordernis einer regen Inanspruchnahme der verstärkt angebotenen Fortbildungsveranstaltungen zur Sexualerziehung hingewiesen werden.

Im Interesse einer Intensivierung der Sexualerziehung in den österreichischen Schulen hat das Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten mit dieser Darstellung eine Übersicht bezüglich der Grundsätze und der Möglichkeiten zur Durchführung dieser wichtigen Bildungs- und Erziehungsarbeit gegeben. Für die bisher im Dienste der Sexualerziehung geleistete Arbeit wird allen Beteiligten der Dank ausgesprochen. Ferner wird gebeten, Erfahrungsberichte, Anregungen und Verbesserungsvorschläge den Schulbehörden bekannt zu geben.

## **11.2 Empfehlungen für eine wünschenswerte Sexualerziehung**

---

(entnommen aus dem Buch „Jugendsexualität und Schulalltag“ von Rante-Bereike Schmidt – 1998, S. 92-96)

- ❖ Sexualität stellt ein ganz besonderes Thema dar, eines, das nicht so abgehandelt werden kann wie „das Ohr“ in der Biologie oder „das Versmaß“ im Deutschunterricht. Deutlich ist das Anliegen der Schüler und Schülerinnen, sexuelle Themen eher aus dem „normalen Unterricht“ auszuklammern. Gewünscht werden schuluntypische Rahmenbedingungen: Klassenfahrten, Gesprächskreise, Arbeitsgruppen, auf jeden Fall aber ein *notenfreier* Raum. Solange Sexualität nicht *in der Gesellschaft* ein normales Thema ist (heute ist sie in der Öffentlichkeit primär Gegenstand und Vehikel pausenloser Skandalisierung), kann sie dies auch nicht in der Schule und in der pädagogischen Praxis sein. Jugendliche empfinden Sexualität als etwas Besonderes – und möchten sie sei in der Schule auch behandelt wissen.
- ❖ Vorbildliche Richtlinien garantieren noch keinen vorbildlichen Unterricht. Schulische Sexualerziehung geht oft deutlich an den Wünschen und Interessen derjenigen vorbei, an die sie sich richtet. Themen, die über den im engeren Sinne biologischen Bereich hinausgehen, werden immer noch zu selten behandelt. Auch wenn die Jugendlichen – viele betonen dies mit Nachdruck – nicht ihre eigenen Erfahrungen zum Unterrichtsthema gemacht haben wollen, so würden sie doch gern mehr wissen über „die“ Sexualität von Jugendlichen – sei es partnerschaftliche oder auch solitäre. Besonders interessiert sie dabei, ob die eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Angst „normal“ sind. Und die Jugendlichen möchten wissen, ob sie im sexuellen Beisammensein denn auch „alles richtig“ machen. Diese Wünsche sollten allerdings nicht als sexualspezifischer „Normalitätsdruck“ interpretiert werden. Die permanente und skandalisierende Thematisierung des Sexuellen in der Öffentlichkeit erschwert es den Heranwachsenden eher, eigene Maßstäbe und eigene Empfinden zu entwickeln. Jugendliche wollen deshalb auch die in ihren Augen „heiklen“ Fragen (wie z.B. Homosexualität und Abtreibung) behandelt wissen, um im Austausch von Informationen und Meinungen eigene Werturteile auszubilden

und nicht um fremde Bewertungen fraglos zu übernehmen. Jugendliche wollen solche Themen *diskutieren* – und nach übereinstimmenden Aussagen sind nicht die Peers oder angeleitete Jugendgruppen, sondern ist die Schule das Forum, das ihnen hierfür überhaupt Raum bieten kann.

- ❖ Sexualerziehung darf nicht von Wunschbildern, sondern muss von den sozio-sexuellen Fakten ausgehen. Koituserfahrene Jugendliche wollen im Unterricht nicht wie „unerfahrene Kinder“ behandelt werden – und sie sollten es auch nicht. In der Sexualerziehung spricht nicht ein Wissender oder eine Wissende zu einem Haufen Unwissender, sondern ein sexuelles Wesen zu (besser: mit) anderen. Diese Feststellung ist allerdings kein Freibrief für plumpe Vertraulichkeiten. Die Schüler und Schülerinnen wollen kaum etwas weniger, als konkret über ihre eigenen Wünsche und Erfahrungen zu sprechen – und entsprechend könne auch persönliche Vorlieben und private Erlebnisse der Lehrkräfte nicht Gegenstand des Unterrichts sein. Lehrer und Lehrerin müssen signalisieren: Ich bin ein sexuelles Wesen, genau wie Ihr auch – wie und was ich als solches aber bin, geht Euch genauso wenig an, wie es mich angeht, was ihr erlebt und empfindet. Dies heißt aber nicht, dass, wer offen schwul oder lesbisch lebt, dies vor der Klasse verschweigen müsste – es käme ja auch niemand auf die Idee zu verheimlichen, dass er oder sie heterosexuell lebt.
- ❖ Sexualerziehung in geschlechtshomogenen Gruppen verstößt offensichtlich gegen die fast übereinstimmenden Wünsche vieler Jugendlichen. Eine Aufhebung des koedukativen Prinzips in diesem Bereich ist deshalb abzulehnen. Auch die kurzzeitige Trennung in Mädchen- und Jungengruppen bei bestimmten Themen sollte nur erfolgen, wenn die Schüler und/oder Schülerinnen dies wünschen. (Was nicht bedeutet, dass die LehrerInnen dies nicht vorschlagen sollten: Die Jugendlichen müssen wissen, dass diese Option besteht.) Die Forderung mancher SexualpädagogInnen und Lehrkräfte nach Trennung der Geschlechter scheint eher durch eigenen, nicht aber durch die Bedürfnisse der Jugendlichen bestimmt zu sein. Möglicherweise wird die Thematisierung sexueller Fragen vor Mädchen und Jungen als zu bedrohlich empfunden. Lehrkräfte mit starkem Trennungsstreben sollten sich fragen, ob sie sich diesem Thema insgesamt gewachsen fühlen. Ganz hart formuliert: Wer meint, nicht mit Mädchen und Jungen auch über als „heikel“ empfundene

Themen (wie Masturbation) sprechen zu können, sollte es vielleicht ganz lassen. Ähnliches gilt auch für die Thematisierung von Homosexualität – auf sie sollte eher ganz verzichtet werden, als sie nur im Aids-Kontext – also im Zusammenhang von Krankheit und Tod – zu behandeln. Die Tabuisierung von Homosexualität im Unterricht entspricht in gewisse Weise aber auch den Verunsicherungen vieler Jugendlicher angesichts dieses Themas. Hilfreich wäre es hier deshalb in dreifacher Weise, das Thema mit lesbischem Begehren zu beginnen: Das Interesse der Mädchen wird geweckt, der Aids-Konnex wird zurückgewiesen und die Jungen sind nicht unmittelbar mit eigenen Ängsten konfrontiert.

- ❖ Das Vertrauen der Schüler und Schülerinnen zu den Lehrkräften wächst in dem Maße, wie diese sich auch an die „heißen Eisen“ herantrauen – offensichtliches Ausklammern dagegen schadet ihrem Ansehen eher. Das von Jugendlichen immer wieder kritisierte „sich drücken“ mancher LehrerInnen ist allerdings nicht so problematisch, wie es auf den ersten Blick erscheint: Nicht jeder Lehrer, nicht jede Lehrerin hält sich selbst für fachkundig genug oder fühlt sich persönlich in der Lage, den Anforderungen mancher eben nicht „normaler“ Themen gerecht zu werden. Wir schlagen vor, die grundsätzliche Weigerung von Lehrkräften, sexuelle Themen zu unterrichten, prinzipiell zu akzeptieren. Der Verzicht auf Sexualerziehung erscheint uns im Zweifelsfall das kleinere Übel gegenüber einer Sexualerziehung durch eine schlecht ausgebildete, überforderte oder unwillige Lehrkraft. Dies gilt besonders auch für die Frage der mehr oder weniger latenten Vermittlung ethischer Grundsätze und sozialer Normen. Sexualerziehung verlangt von den Lehrenden in höherem Maße als die meisten anderen Unterrichtsinhalte ethisches Reflexionsvermögen und die Fähigkeit, von eigenen Werteentscheidungen und Praxen zu abstrahieren. Plakativ gesagt: Wer Homosexuelle für krank oder abartig hält, sollte im Unterricht nicht über sie sprechen. Die – wenn wir den Berichten der SchülerInnen glauben – Schwierigkeiten vieler Lehrkräfte mit der Sexualerziehung können allerdings nicht als individuelle Probleme abgetan und einzelnen LehrerInnen vorgeworfen werden. Dass sie immer wieder auftreten und eine geordnete Sexualerziehung, wie Richtlinien und Lehrpläne sie



vorsehen, manchmal unmöglich machen, ist auch (vielleicht sogar: in erster Linie) Folge der mangelhaften Aus- und Fortbildung der Lehrkräfte.

- ❖ Wie die freien Gespräche, so ist auch der Unterricht durch spezifische Eigendynamiken gekennzeichnet, die die Verständigung erschweren – die zwischen Schülern und Schülerinnen ebenso wie die zwischen LehrerInnen und den Jugendlichen. Probleme zwischen SchülerInnen und Lehrkräften resultieren insbesondere daraus, dass die Jugendlichen sich nicht ernst genommen fühlen – und sich dann auch entsprechend verhalten. Sie wollen als sexuell erwachsen behandelt werden, auch diejenigen, die hier noch wenig wissen oder kaum praktische Erfahrungen besitzen. Auffällig ist, dass Lehrer und Lehrerinnen durchaus als erfahrenere Ansprechpartner in Frage kommen – der Ablauf des Schulalltags scheint es aber oftmals zu verhindern, dass solche Wünsche der Jugendlichen realisiert werden. Mit persönlichen sexualbezogenen Problemen wollen Schüler und Schülerinnen sich außerhalb des Unterrichts an eine Lehrkraft *ihrer* Wahl wenden können. Unter den Jugendlichen erleichtert bereits das bloße Erkennen und Verstehen bestimmter Dynamiken die Kommunikation erheblich. Was vorher als bösartige Auseinandersetzung angesehen wurde, wird jetzt zu einem „Spiel“, in dem die eigenen Positionen kritisch relativiert werden und die des Gegenüber antizipiert werden können. Die Folge ist, dass die Auseinandersetzungen ihre Schärfe verlieren, dass man eher bereit ist, selbst den ersten Schritt zur Deeskalation zu gehen. Bestenfalls entsteht eine Umkehrung der ursprünglichen Dynamik, gleichberechtigter Austausch wird jetzt möglich. Lehrkräfte sollten diese Tendenz gerade zwischen den Geschlechtern fördern und nicht durch falsch verstandene Parteilichkeit torpedieren. Solche Prozesse finden offensichtlich insbesondere in der Sekundarstufe II statt – sie sollte deshalb stärker als bisher als Ort angesehen werden, an dem Sexuelles besprochen werden kann. Gleichzeitig schlagen wir vor, einen Teil der „biologischen Aufklärung“ in die Grundschule und die Orientierungsstufe zu verlagern – dies ist nicht nur sachlich angemessen, sondern setzt auch Ressourcen zur Behandlung von Themen frei, die in der Sekundarstufe I eher den Bedürfnissen der Jugendlichen entsprechen.

### 11.3 Fragebogen

## FRAGEBOGEN



universität  
wien

Liebe Schülerin, lieber Schüler,

Der von mir ausgeteilte Fragebogen beinhaltet Fragen bezüglich des Wissens im Bereich der Sexualkunde. Ich bitte dich, die Fragen ehrlich zu beantworten, damit eine relevante Auswertung für meine Diplomarbeit erfolgen kann. Ich versichere dir, dass ich deine Daten nicht weitergeben werde und um deine Anonymität zu bewahren, sollst du keinerlei Angaben zu deiner Person (Name, Geburtsdatum, usw.) auf diesem Fragebogen machen. Bevor du die Fragen beantwortest, lies jede Frage bitte **genau** durch.

Viel Vergnügen!

#### Angaben zu deiner Person:

Alter: \_\_\_\_\_ Schulstufe: \_\_\_\_\_ Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich  
Muttersprache: ☐ Deutsch ☐ Italienisch ☐ Ladinisch ☐ anderes: \_\_\_\_\_

#### 1. **Hast du Geschwister?** ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: ☐ 1 Bruder ☐ 1 Schwester  
☐ mehrere Brüder ☐ mehrere Schwestern  
☐ 1 Bruder und 1 Schwester ☐ anderes: \_\_\_\_\_

#### 2. **Wo hast du deine Kindheit verbracht und die Volksschule besucht?**

- ☐ in einem Dorf unter 500 Einwohnern
- ☐ in einem Dorf mit 500-1.000 Einwohnern
- ☐ in einem Dorf mit 1.000-5.000 Einwohnern
- ☐ in einer Stadt mit 5.000 – 15.000 Einwohnern
- ☐ in einer Stadt mit mehr als 15.000 Einwohnern

#### 3. **Wo hast du die Mittelschule besucht?**

- ☐ in einem Dorf unter 500 Einwohnern
- ☐ in einem Dorf mit 500-1.000 Einwohnern
- ☐ in einem Dorf mit 1.000-5.000 Einwohnern
- ☐ in einer Stadt mit 5.000 – 15.000 Einwohnern
- ☐ in einer Stadt mit mehr als 15.000 Einwohnern

**4. Woher hast du dein Wissen über Sexualkunde? (mehrere Antworten möglich)**

- ☐ Mutter
- ☐ Vater
- ☐ Schwester
- ☐ Bruder
- ☐ sonstige Bekannte wenn ja, bitte Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich
- ☐ Freunde wenn ja, bitte Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich
- ☐ Unterricht in der Schule
- ☐ Sexualkunde / Broschüre (welche?) \_\_\_\_\_
- ☐ Aufklärungsbücher (welche?) \_\_\_\_\_
- ☐ digitale Medien (Fernsehen / Video)
- ☐ Zeitschriften (welche?) \_\_\_\_\_
- ☐ pornographische Zeitungen / Video
- ☐ Internet
- ☐ Vorträge
- ☐ Gespräche mit Experten
- ☐ eigenes Ausprobieren
- ☐ anderes: \_\_\_\_\_

**5. Wie würdest du dein Wissen bezüglich Sexualität bezeichnen?**

- ☐ sehr gut
- ☐ gut
- ☐ ausreichend
- ☐ nicht ausreichend

**6. Wie viele Unterrichtsstunden zum Thema Sexualkunde hattet ihr in diesem Schuljahr?**

- ☐ 1 Unterrichtsstunde
- ☐ 2-4 Unterrichtsstunden
- ☐ mehr als 4 Unterrichtsstunden
- ☐ keine Unterrichtsstunde

**7. Wann im Schuljahr wurde der Sexualkundeunterricht durchgeführt?**

- ☐ am Anfang des Schuljahres
- ☐ am Ende des Schuljahres
- ☐ irgendwann dazwischen
- ☐ anderes: \_\_\_\_\_

**8. Wer hat in deiner Schule den Sexualkundeunterricht durchgeführt?**

- ☐ die Biologielehrerin                      ☐ der Biologielehrer  
☐ die Psychologielehrerin                  ☐ der Psychologielehrer  
☐ eine Expertin (Psychologin, Sexualtherapeutin) ist gekommen  
☐ ein Experte (Psychologe, Sexualtherapeut) ist gekommen  
☐ Aufklärung ist nicht notwendig      ☐ anderes: \_\_\_\_\_

**9. Welche der folgenden Themen habt ihr im Sexualkundeunterricht behandelt?  
(mehrere Antworten möglich)**

	gar nicht	wenig	ausreichend	sehr ausführlich
Pubertät				
Sexualorgane				
Verhütungsmethoden				
Geschlechtskrankheiten und Ansteckungsmöglichkeiten				
Schwangerschaft und Geburt				
Partnerschaft / SexualpartnerIn				
anderes: _____				

**10. Wie war der Sexualkundeunterricht für dich? (mehrere Antworten möglich)**

- ☐ interessant                      ☐ informativ                      ☐ peinlich  
☐ komisch                      ☐ langweilig                      ☐ spannend  
☐ anderes: \_\_\_\_\_

**11. Verhütung: Wer ist dafür zuständig?**

- ☐ der Mann ist für die Verhütung zuständig  
☐ die Frau ist für die Verhütung zuständig  
☐ beide sind für die Verhütung zuständig  
☐ ich nehme es immer selbst in die Hand  
☐ Verhütung ist nicht notwendig

**12. Verhütungsmethoden: Welche kennst du? (mehrere Antworten möglich)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kondom                        | <input type="checkbox"/> Spirale            |
| <input type="checkbox"/> Femidom (Frauenkondom)        | <input type="checkbox"/> Diaphragma         |
| <input type="checkbox"/> Hormonpille                   | <input type="checkbox"/> Scheidezäpfchen    |
| <input type="checkbox"/> Hormonpflaster                | <input type="checkbox"/> Kalendermethode    |
| <input type="checkbox"/> Hormonstäbchen                | <input type="checkbox"/> Temperaturmethode  |
| <input type="checkbox"/> 3-Monats-Spritze              | <input type="checkbox"/> Verhütungscomputer |
| <input type="checkbox"/> Nuva-Ring                     | <input type="checkbox"/> Billings-Methode   |
| <input type="checkbox"/> Sterilisation                 | <input type="checkbox"/> Coitus Interruptus |
| <input type="checkbox"/> Spermizide (Verhütungscremes) | <input type="checkbox"/> Pille danach       |

**13. Welche Verhütungsmethoden wurden im Unterricht besprochen? (mehrere Antworten möglich)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kondom                        | <input type="checkbox"/> Spirale            |
| <input type="checkbox"/> Femidom (Frauenkondom)        | <input type="checkbox"/> Diaphragma         |
| <input type="checkbox"/> Hormonpille                   | <input type="checkbox"/> Scheidezäpfchen    |
| <input type="checkbox"/> Hormonpflaster                | <input type="checkbox"/> Kalendermethode    |
| <input type="checkbox"/> Hormonstäbchen                | <input type="checkbox"/> Temperaturmethode  |
| <input type="checkbox"/> 3-Monats-Spritze              | <input type="checkbox"/> Verhütungscomputer |
| <input type="checkbox"/> Nuva-Ring                     | <input type="checkbox"/> Billings-Methode   |
| <input type="checkbox"/> Sterilisation                 | <input type="checkbox"/> Coitus Interruptus |
| <input type="checkbox"/> Spermizide (Verhütungscremes) | <input type="checkbox"/> Pille danach       |

**14. Welche dieser Verhütungsmethoden schützen auch vor Geschlechtskrankheiten? (mehrere Antworten möglich)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kondom                        | <input type="checkbox"/> Spirale            |
| <input type="checkbox"/> Femidom (Frauenkondom)        | <input type="checkbox"/> Diaphragma         |
| <input type="checkbox"/> Hormonpille                   | <input type="checkbox"/> Scheidezäpfchen    |
| <input type="checkbox"/> Hormonpflaster                | <input type="checkbox"/> Kalendermethode    |
| <input type="checkbox"/> Hormonstäbchen                | <input type="checkbox"/> Temperaturmethode  |
| <input type="checkbox"/> 3-Monats-Spritze              | <input type="checkbox"/> Verhütungscomputer |
| <input type="checkbox"/> Nuva-Ring                     | <input type="checkbox"/> Billings-Methode   |
| <input type="checkbox"/> Sterilisation                 | <input type="checkbox"/> Coitus Interruptus |
| <input type="checkbox"/> Spermizide (Verhütungscremes) | <input type="checkbox"/> Pille danach       |

**15. Was glaubst du, wie sicher folgende Verhütungsmethoden sind?**

	sehr sicher	sicher	nicht sehr sicher	gar nicht sicher
Kondom				
Femidom				
Hormonpille				
Hormonpflaster				
Hormonstäbchen				
3-Monats-Spritze				
Nuva-Ring				
Sterilisation				
Spermizide				
Spirale				
Diaphragma				
Scheidezäpfchen				
Kalendermethode				
Temperaturmethode				
Verhütungscomputer				
Billings-Methode				
Coitus Interruptus				
Pille danach				

**16. Hastest du bereits Geschlechtsverkehr?**

☐ Nein      ☐ Ja

a. Wenn ja, wie alt warst du? Alter: \_\_\_\_\_

b. Hast du dabei verhütet?

☐ Nein      ☐ Ja

c. Wenn ja, wie? \_\_\_\_\_

d. Wenn nein, wieso nicht? \_\_\_\_\_

**17. Woher hattest du die Informationen zu den Verhütungsmethoden? (mehrere Antworten möglich)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schule               | <input type="checkbox"/> Sexualkundeunterricht |
| <input type="checkbox"/> Mutter               | <input type="checkbox"/> Vater                 |
| <input type="checkbox"/> Bruder               | <input type="checkbox"/> Schwester             |
| <input type="checkbox"/> Freunde              | <input type="checkbox"/> Bekannte / Verwandte  |
| <input type="checkbox"/> Fernsehen / Video    | <input type="checkbox"/> Internet              |
| <input type="checkbox"/> Zeitschriften/Bücher | <input type="checkbox"/> anderes: _____        |

**18. Verhütest du momentan?**

- ☐ Nein    ☐ Ja

a. Wenn ja, welche Verhütungsmethode benutzt du?

\_\_\_\_\_

**19. Wie wichtig ist dir, dass deine Verhütungsmethode große Sicherheit vor einer Schwangerschaft gibt?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr wichtig    | <input type="checkbox"/> wichtig           |
| <input type="checkbox"/> weniger wichtig | <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig |

**20. In welchem Alter sollte man deiner Meinung nach aufgeklärt werden?**

Mit \_\_\_\_\_ Jahren

**21. Von wem sollte die Aufklärung übernommen werden?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mutter                                       | <input type="checkbox"/> Vater                                      |
| <input type="checkbox"/> Schwester                                    | <input type="checkbox"/> Bruder                                     |
| <input type="checkbox"/> sonstige Bekannte wenn ja, bitte Geschlecht: | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| <input type="checkbox"/> Freunde wenn ja, bitte Geschlecht:           | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| <input type="checkbox"/> anderes: _____                               |   |

**22. Wie lange dauert durchschnittlich der Menstruationszyklus einer Frau?**

- |                                  |                                  |  |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 14 Tage | <input type="checkbox"/> 21 Tage |  |
| <input type="checkbox"/> 28 Tage | <input type="checkbox"/> 35 Tage | <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht |

**23. Wann im Menstruationszyklus kann eine Frau schwanger werden?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> während der Menstruation         | <input type="checkbox"/> während der ersten Zyklushälfte      |
| <input type="checkbox"/> während des Eisprungs            | <input type="checkbox"/> kurz bevor die Menstruation einsetzt |
| <input type="checkbox"/> immer, an allen Tagen des Zyklus | <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht                    |

**24. Kann eine Frau während ihrer Menstruationsphase schwanger werden? (mehrere Antworten möglich)**

- ☐ nein, absolut nicht
- ☐ nein, wenn sie verhütet nicht
- ☐ ja, wenn ihr Zyklus unregelmäßig ist
- ☐ ja, weil die Spermien im Körper der Frau einige Tage überleben können
- ☐ ich weiß es nicht

**25. Wie lange glaubst du, dauert eine Schwangerschaft in der Regel?**

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 30 Wochen | <input type="checkbox"/> 35 Wochen         |
| <input type="checkbox"/> 40 Wochen | <input type="checkbox"/> 45 Wochen         |
| <input type="checkbox"/> 50 Wochen | <input type="checkbox"/> ich weiß es nicht |

**26. Wann während des Menstruationszyklus findet der Eisprung statt?**

- ☐ während der Menstruation (Blutung)
- ☐ kurz bevor die Menstruation einsetzt
- ☐ ungefähr 2 Wochen bevor die Menstruation einsetzt
- ☐ kurz nach der Menstruation
- ☐ ich weiß es nicht

**27. Wie lange ist ein Mann (im Durchschnitt) fruchtbar (= kann Kinder zeugen)?**

- ☐ ein Leben lang (von der Geburt bis zum Tod)
- ☐ ab dem ersten Samenerguss bis ca. 50 Jahre
- ☐ ab dem ersten Samenerguss bis zum Tod
- ☐ ich weiß es nicht

**28. Wie lange ist eine Frau (im Durchschnitt) fruchtbar (= kann Kinder bekommen)?**

- ☐ ein Leben lang (von der Geburt bis zum Tod)
- ☐ ab der Menarche (erste Blutung) bis zur Menopause
- ☐ ab der Menarche (erste Blutung) bis zum Tod
- ☐ ich weiß es nicht



**29. Wie lange können Spermien im Körper einer Frau „überleben“?**

- ☐ 12 – 18 Stunden                      ☐ 1 – 2 Tage  
☐ 3 – 4 Tage                              ☐ bis zu 7 Tage  
☐ ich weiß es nicht

**30. Wie lange ist eine Eizelle befruchtungsfähig?**

- ☐ 12 – 18 Stunden                      ☐ 1 – 2 Tage  
☐ 3 – 4 Tage                              ☐ bis zu 7 Tage  
☐ ich weiß es nicht

**31. Welche der folgenden Begriffe gehören zum weiblichen bzw. zum männlichen Körper?**

	<i>Frau</i>	<i>Mann</i>		<i>Frau</i>	<i>Mann</i>
Eierstöcke			Penis		
Eichel			Prostata		
Eileiter			Samenleiter		
Eizelle			Schamlippen		
Gebärmutter			Spermium		
Hoden			Vagina		
Jungfernhäutchen			Vorhaut		
Klitoris			Vulva		

**32. Was bedeutet die Abkürzung PMS?**

- ☐ prämenstruelles Syndrom              ☐ prämenstruelles Syndrom  
☐ postmenstruales Syndrom              ☐ ich weiß es nicht

**33. Über welche Themenbereiche aus Sexualkunde hättest du gerne noch mehr Informationen? (mehrere Antworten möglich)**

- ☐ Pubertät (körperliche Veränderungen, Hormone)  
☐ Sexualorgane (Funktion, Struktur, Entwicklung)  
☐ Schwangerschaft (Dauer, Verlauf, Risiken)  
☐ Geschlechtskrankheiten (Ansteckung, Verlauf, Risiken, Symptome, Heilung)  
☐ Verhütungsmethoden (Funktion, Anwendung, Risiken)  
☐ Partnerschaft bzw. SexualpartnerIn  
☐ Abtreibung (Ablauf, Risiken, Beratung, Gesetz)  
☐ anderes: \_\_\_\_\_

**34. Welche Themenbereiche aus Sexualkunde sollten im Schulunterricht noch genauer behandelt werden? (mehrere Antworten möglich)**

- ☐ Pubertät (körperliche Veränderungen, Hormone)
- ☐ Sexualorgane (Funktion, Struktur, Entwicklung)
- ☐ Schwangerschaft (Dauer, Verlauf, Risiken)
- ☐ Geschlechtskrankheiten (Ansteckung, Verlauf, Risiken, Symptome, Heilung)
- ☐ Verhütungsmethoden (Funktion, Anwendung, Risiken)
- ☐ Partnerschaft bzw. SexualpartnerIn
- ☐ Abtreibung (Ablauf, Risiken, Beratung, Gesetz)
- ☐ anderes: \_\_\_\_\_

**35. In welcher Form sollten Informationen zum Thema Sexualkunde angeboten werden? (mehrere Antworten möglich)**

- ☐ als Freifach
- ☐ als verpflichtendes Unterrichtsfach
- ☐ ein/e Experte/in sollte als Ansprechpartner/in in der Schule zur Verfügung stehen
- ☐ in Form von Broschüren, die in der Schule aufgelegt werden
- ☐ ein anonymer Telefondienst
- ☐ im Internet auf einer Homepage
- ☐ Beratungsstelle außerhalb der Schule
- ☐ anderes: \_\_\_\_\_

**Folgende Frage ist nur von Mädchen zu beantworten!**

*Hattest du schon deine erste Menstruationsblutung?*

- ☐ Nein    ☐ Ja

Wenn ja, in welchem Alter? \_\_\_\_\_ Jahre

---

Herzlichen Dank für deine Mitarbeit!

*Lucia Pedevilla*

## LEBENS LAUF

**Name:** Lucia Pedevilla

**Adresse:** Jochstraße 30, Pikolein  
39030 St. Martin in Thurn (Bozen)

**Geburtsdatum:** 22.02.1985

**Geburtsort:** Bruneck/Brunico, Südtirol

**Staatsbürgerschaft:** Italien

**Familienstand:** ledig

**Schul Ausbildung:** 1991-1996 Volksschule St. Martin in Thurn  
1996-1999 Mittelschule St. Martin in Thurn  
1999-2004 Pädagogisches Gymnasium Brixen

**Hochschulstudium:** Seit 2004 Lehramtsstudium für die  
Unterrichtsfächer Biologie und Umweltkunde und  
Psychologie/Philosophie  
2007-2009 Ausbildungszweig *Neues Geistliches  
Lied* am Diözesankonservatorium für Kirchenmusik  
der Erzdiözese Wien  
Seit 2009 Ausbildungszweig *Lied-Messe-Oratorium*  
am Diözesankonservatorium für Kirchenmusik der  
Erzdiözese Wien  
2011 Abschluss des Lehramtsstudiums

